

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
an der Universität Düsseldorf
Direktor: Professor Dr. med. Hans Schadewaldt

Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung
im Spiegel des hundertjährigen Bestehens des
Deutschen Ärztetages 1873 – 1973

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

1978

vorgelegt von
ULRICH OTT
1977

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
an der Universität Düsseldorf

Direktor: Professor Dr. med. Hans Schadewaldt

Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung im
Spiegel des hundertjährigen Bestehens des
Deutschen Ärztetages 1873 - 1973

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität
Düsseldorf

vorgelegt von

Ulrich O t t

1977



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan

gez.:

Prof.Dr.med. Hopf

I. Berichterstatter

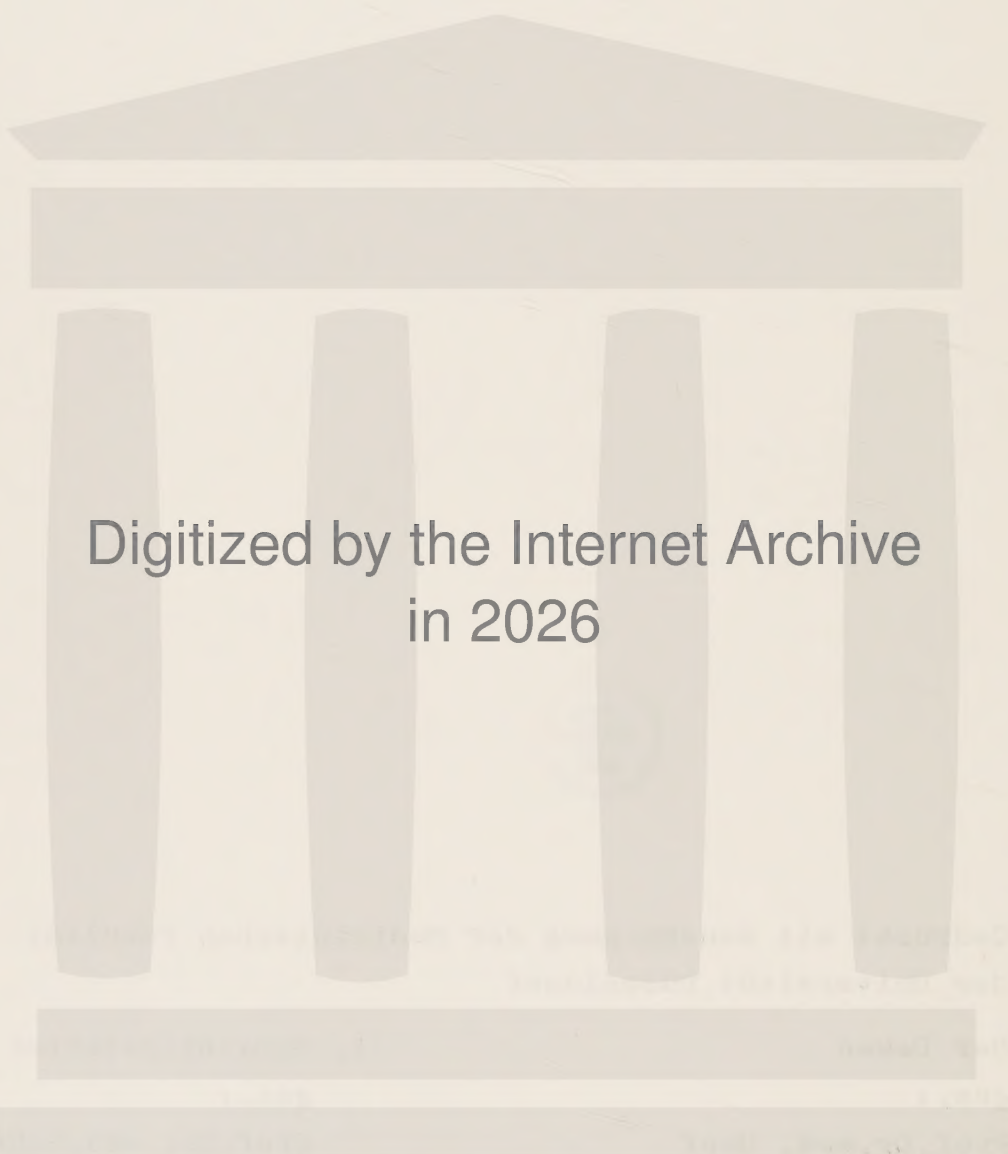
gez.:

Prof.Dr. med.Schadewaldt

II. Berichterstatter

gez.:

Prof.Dr.med. Haering



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548220_0007

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. Vorwort	1
II. 1. Werdegang und Entwicklung der Deutschen Ärztetage	2
2. Erläuterungen zu den Begriffen Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung	7
III. Ausbildung zum Arzt	
1. Probleme der Ausbildung	9
2. Reifezeugnis und Medizinstudium	11
3. Studiendauer	12
4. Praktische Ausbildung während des Studiums	17
5. Gründung von Medizinischen Akademien für praktische Medizin	21
6. Die Situation im Ersten Weltkrieg	27
7. Veränderungen während der Zeit des NS - Regimes	29
8. Die Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg	29
IV. Vereinfachung und Verkürzung des Studiums und die Aufnahme neuer Fächer in den Studiengang	39
V. Das Problem des medizinischen Dokortitels	49
VI. Fortbildungsprobleme	52
VII. Der Praktische Arzt und die Schaffung des Arztes für Allgemeinmedizin	64
VIII. Facharztfragen	71
IX. Zusammenfassung	77
Literaturverzeichnis	

I. Vorwort

Anlaß zu der vorliegenden Arbeit war die Tatsache, daß im Jahre 1973 der Deutsche Ärztetag sein hundertjähriges Bestehen feierte.

Auf Veranlassung des damaligen Hauptgeschäftsführers der Bundesärztekammer, Josef S T O C K H A U S E N, geb. 1918, bildete sich am Institut für Geschichte der Medizin der Universität Düsseldorf (Direktor: Prof. Dr.med. Hans S C H A D E W A L D T, geb.1923) eine Arbeitsgruppe, deren Aufgabe es war, die Geschichte des Deutschen Ärztetages in diesen hundert Jahren aufzuzeichnen. Jedes Mitglied dieser Gruppe bekam ein spezielles Thema zugeteilt.

In diesem Rahmen wurde das Thema "Der deutsche Arzt im Zweiten Weltkrieg - im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes" von Herrn Ulrich K Ü G E L E, geb.1945, und ein weiteres Thema "Die Einwirkung der Deutschen Ärztetage seit ihrem Beginn 1873 auf die Entstehung, das Werden und Wachsen des ärztlichen Berufsrechts, insbesondere der ärztlichen Berufsordnungen" von Herrn Hagen S T E I N H O F F, geb.1944, behandelt und inzwischen abgeschlossen.

Mir fiel die Aufgabe zu, das Thema "Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung" zu bearbeiten.

Obwohl in der NS-Zeit keine Ärztetage stattfanden, wurde diese Zeit dennoch erwähnt, da in diesem Zeitraum Entscheidungen gefällt wurden, die auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte von großer Tragweite waren.

Als Quellen dienten neben den im Literaturverzeichnis aufgeführten Unterlagen in der Hauptsache das "Deutsche Ärzteblatt" (Berlin), die "Ärztlichen Mitteilungen" und das "Deutsche Ärzteblatt" (Köln).

II. 1. Werdegang und Entwicklung der Deutschen Ärztetage

Blickt man auf die hundertjährige Geschichte der Deutschen Ärztetage zurück, darf die Zeit vor der Gründung des ersten Deutschen Ärztetages nicht unerwähnt bleiben, haben doch bedeutende Persönlichkeiten über Jahrzehnte hinweg ihr Bemühen und Wirken darauf gerichtet, unter oft großen persönlichen Schwierigkeiten und Opfern die Grundvoraussetzungen für die Gründung dieser Ärztetage zu schaffen.

Als im Jahre 1848 die Revolution von der Reaktion mit Waffengewalt niedergeschlagen wurde, bedeutete dies zugleich das Ende der liberalen Bewegungen in der Ärzteschaft mit der Zielsetzung einer umfassenden Medizinalreform, zumal die an führender Stelle in der Medizinalreformbewegung stehenden Ärzte auch am politisch bürgerlichen Revolutionskampf teilgenommen hatten und wegen dieser Beteiligung an den Revolutionswirren bestraft oder gefangengenommen wurden.

Die zuvor mit großem Anlauf begonnene Medizinalreformbewegung brach als Folge des innerpolitischen Rückschlages plötzlich in sich zusammen. Das Vereinsleben ging zurück, und die ärztlichen Vereine traten nunmehr nicht mehr an die Öffentlichkeit.

Rudolf V I R C H O W (1821 - 1902), Redakteur der "Medicinisches Reform", stellte das Erscheinen seiner zusammen mit Rudolph L E U B U S C H E R (1821 - 1861) herausgegebenen programmatischen Wochenschrift mit den Abschiedsworten ein:

"Den Ärzten bleibt mittlerweile nichts weiter übrig, als das Vereinswesen in möglichst größtem Umfang auszubilden. Überall müssen Stadt- oder Kreisvereine entstehen, die bezirks- oder provinzenweise in nähere Beziehung treten und endlich sich in einen gemeinschaftlichen Zusammenhang durch eine Art von Centralisation, wie sie in Sachsen gewonnen ist, bringen. In diesen Ver-

einen müssen sie sich möglichst organisieren und sich über die Fragen zu einigen und vorzubereiten suchen, damit bei einer späteren Gelegenheit nicht so lange Zeit vergeht, bis eine allgemeine Agitation das Notwendige zur Kenntnis der Gewalthaber bringt."

(26,15(1961) 336)

Und Robert V O L T Z (1806-1882), ein Führer der Badischen Ärzteschaft im Kampf um die Medizinalreform, kennzeichnete am 24.2.1851 in den "Mitteilungen des ärztlichen Vereins von Baden" unter der Überschrift "Resignation das Ende des "mutigen und selbstbewußten" Kampfes, der ein so unrühmliches Ende fand:

"Medizinalreform!, eine vereinzelte, verlassene Standarte. Ihre Jahreszahl ist verwischt, ihre Farben sind gebleicht, ihre Errungenschaften sind ausgemerzt! Die Zeit liegt nicht weit zurück, wo ihre Schwesterfahnen in allen Ländern Deutschlands hoch flatterten, und ein dichter Kreis von gleichgesinnten Streitern sich um sie scharte, eine jubelnde Menge ihr Wehen begrüßte. Die Menge ist verstummt, die Streiter sind auseinandergestoben, heimgeschlichen, ermüdet, hoffnungslos, kleinlaut, oder ängstlich umblickend in unaufhaltsamen Laufe, ob niemand sie gewährte. Die Standarten sind gesenkt, verschwunden, versteckt. Die unsrige, eine nackte Fahnenstange, ragt noch einsam empor, und mancher möchte denken, sie sei nur aufgesteckt, um einen Grabhügel zu bezeichnen - aber mit nichts!"

(26,15(1961) 336)

Der Reaktion auf dem politischen Gebiet folgte nun auch die "reaktionäre Periode" in der Entwicklung der medizinischen Reformbestrebungen und der Organisation des Ärztestandes. Der Arzt Hermann Eberhard R I C H T E R (1808-1876) aus Dresden kennzeichnete diese "reaktionäre Periode" mit den Worten:

"Die Ärztlichen Vereine hörten auf zu tagen, die Hauptwortführer waren vertrieben, ausgewandert, eingekerkert oder mundtot gemacht."

(26,15(1961) 336)

Als freipraktizierender Arzt blieb R I C H T E R jedoch wie viele andere auch ein fanatischer Medizinalreformer. Ihm gelang schließlich die Zusammenführung aller lokalen und regionalen Ärztevereine zu einer aktionsfähigen Interessenvertretung.
(11,H.4(1969) 94)

Eine wichtige Funktion bei diesem Bemühen um Zusammenschluß und Einigung der Kräfte im Standesleben der deutschen Ärzte spielte seit 1865 die "Versammlung der Deutschen Naturforscher und Ärzte", auf der neben wissenschaftlichen Erörterungen erstmals auf überregionaler Ebene berufspolitische Probleme diskutiert wurden, an der Spitze die "Medizinalreform" und andere Standesfragen, mit denen man gleichzeitig versuchte, die Neubildung und Wiederbelebung ärztlicher Vereine anzuregen. Auf der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden hatte 1868 eine Kommission Thesen aufgestellt, mit denen unter anderem die "Bildung von ärztlichen Assoziationen in ganz Deutschland" verlangt wurde. Diese Thesen wurden 1869 auf der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte angenommen und eine entsprechende Petition mit vielen Ärzten und Ärztevereinen, Magistraten und anderen Körperschaften an den Norddeutschen Reichstag geschickt, der sie günstig aufnahm und mit großer Mehrheit dem Reichskanzler zur Berücksichtigung empfahl. Nach der Bildung des Deutschen Reiches 1870 förderte ein damals neugeschaffenes Reichsgesundheitsamt mit einer gegliederten Organisation über ganz Deutschland diese Einheitsbestrebungen. Nach Gründung des Deutschen Reiches wurde diese Norddeutsche Gewerbeordnung auf das ganze Deutsche Reich erstreckt. Diese alle Ärzte im gesamten Reich betreffende Gesetzgebung war es schließlich auch, die dem Gedanken einer einheitlichen Ärzteorganisation überall in der Ärzteschaft und vor allem in dem inzwischen über das ganze Reich erstreckten Netz von Ärztevereinen zunehmend Anhänger verschaffte. Den letzten Anstoß zur Bildung einer

solchen Organisation gab R I C H T E R.

Im Juli 1872 wandte er sich an alle ihm bekannten ärztlichen Vereine und an viele namhafte Ärzte mit folgendem Aufruf:

"Nachdem die neue Reichsgesetzgebung besonders durch die Freigebung des Krankenkurirens es immer nothwendiger macht, dass sich die eigentlichen wissenschaftlich gebildeten und staatlich geprüften Ärzte Deutschlands fester als bisher an einander schliessen: so ersucht man hierdurch die sämtlichen ärztlichen Vereine Deutschlands Einen oder Mehrere ihrer Mitglieder bei Gelegenheit der Naturforscher-Versammlung vom 12. bis 17. August 1872 nach Leipzig zu entsenden, um daselbst unter sich zu berathen: in welcher Weise ein gemeinsamer Verband oder Mittelpunkt für sämtliche ärztliche Vereine Deutschlands eingerichtet werden könne, damit dieselben ihre Aufgaben (die Förderung der wissenschaftlichen und Standesinteressen der Aerzte und die fakultative Theilnahme an der öffentlichen Gesundheitspflege) auf eine gleichförmige planmässige Weise über das ganze Gebiet des Deutschen Reiches berathen und lösen können."

(4, 70 (1973) 2646)

Die Aufgaben der Ärztevereine und ihres Gesamtverbandes schildert R I C H T E R unter anderem folgendermaßen:

"Nachdem ganz Deutschland zu einem Reichskörper geeinigt ist, müssen die Ärzte ebenfalls aus ihrem bisherigen Partikularismus ausscheiden und zu einer einheitlichen Körperschaft, zu gemeinsamem Wirken zusammentreten. Wie sich die Gewerbetreibenden (welche ja jetzt nach der neuen Gewerbeordnung unsere Kollegen sind) schon längstens aus ganz Deutschland zusammengeschart haben (zum Beispiel zu den Müller-, Brauer-, Gerber-, Architekten-Vereinen), wie sich zu Anfang September des Jahres der Nord- und Süddeutsche Apothekerverein zusammengeschmolzen haben, wie soeben (Dresden 24. bis 28. September) der Handwerkerbund für Deutschland festgegründet worden ist: - so müssen auch die Ärzte, im Interesse ihres Gewerbes sich zusammenscharen und sich gemeinsam beraten, wie sie sich eben den veränderten Zeitverhältnissen gegenüber zu verhalten haben."

(4, 70 (1973) 2647)

Und an anderer Stelle wiederum R I C H T E R:

"Der ärztliche Stand ist...durch die Macht der Verhältnisse, nicht durch eigenen Entschluß oder Agitation oder Regierungsgewalt in eine neue Phase getreten, welche ihm eine neue Stellung zu dem Staatswesen und Volksleben verleiht. Der einzelne Arzt kann aber in dieser Richtung nicht viel leisten. Nur durch gemeinsame Beratungen, durch gemeinsame Beschlüsse werden die ärztlichen Standgesetze einen moralischen Einfluß auf das Publikum, einen geistigen Druck auf die Behörden eines Ortes, eines Landbezirks oder des Gesamtreiches selbst ausüben. Dies zu organisieren, den gesamten Ärztestand zu einem solchen nützlich gemeinsamen Auftreten zu ermutigen und zu befähigen, ist eben die Hauptaufgabe des ärztlichen Vereinswesens."
(4, 70(1973) 2647)

R I C H T E R S Aufruf im Juli 1872 fand ein sehr lebhaftes Echo bei ärztlichen Persönlichkeiten und Ärztevereinen.

Am 14. August 1872 traten in Leipzig bei Gelegenheit der Naturforscher-Versammlung Abgeordnete aus den verschiedensten Ärztevereinen zusammen.

R I C H T E R legte zwei von ihm vorbereitete, gedruckte Entwürfe vor;

- (1) "vorgeschlagene Grundbestimmung für die deutschen ärztlichen Vereine, de facto der Entwurf der Vereinsstatuten (Statuten also, die in ihren Grundzügen noch heute Satzung der Bundesärztekammer sind!) zum anderen
- (2) "Vorschläge zur Betätigung der einzelnen ärztlichen Vereine in Deutschland" - eine Aufstellung der Aufgaben der Ärztevereine, wie R I C H T E R sie sich vorstellte.
(4, 70(1973) 2648)

Als Folge der Leipziger Tagung von 1872 schlossen sich im Laufe des Jahres 1872/73 fast fünfzig Ärztevereine

dem in Gründung befindlichen Deutschen Vereinsbund an. Der Geschäftsausschuß führte den ihm von der Gründungsversammlung erteilten Auftrag durch und erarbeitete die verabschiedungsreifen Satzungs- und Geschäftsordnungsentwürfe.

Sie wurden als Diskussionsgrundlage für die am Tag vor der zum 18. September 1873 nach Wiesbaden einberufenen Versammlung der Naturforscher und Ärzte, also am 17. September 1873, veröffentlicht.

Und in Nummer 15/1873 des Ärztlichen Vereinsblattes, dessen Gründung auch R I C H T E R S Werk war, findet sich als Titelveröffentlichung die Ankündigung des ersten Deutschen Ärztetages. Sie lautet:

Der "Deutsche Ärztevereinstag" in Wiesbaden 1873 - der erste Deutsche Ärztetag.
(4, 70 (1973) 2648)

2. Erläuterungen zu den Begriffen Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung

Seit dem Bestehen des Deutschen Ärztetages , der 1973 sein hundertjähriges Bestehen feierte, spielte der Themenkreis Ausbildung - Fortbildung - Weiterbildung eine entscheidende Rolle. War jedoch Fortbildung ein scharf umrissener Begriff, so erfuhren Ausbildung und Weiterbildung im Werdegang des angehenden Arztes bzw. Facharztes keine deutliche Trennung.

Heute sieht man in der Approbation den Abschluß der Ausbildung, d.h. nach abgeschlossenem Studium und Examen und der Ableistung eines Medizinalassistentenjahres. Im Begriff der Weiterbildung sieht man dagegen die Zeit nach der Approbation. Hier beginnt der Arzt seine Facharztausbildung, jetzt Weiterbildung genannt.

1968 wurde die damals gültige Facharztordnung durch eine Weiterbildungsordnung ersetzt und vom Deutschen Ärztetag

verabschiedet und ständig auf den darauffolgenden Ärzte-
tagen in wichtigen Punkten ergänzt. Zielpunkt dieser
Reform war neben anderen Weiterbildungsproblemen die Ein-
führung des Titels "Arzt für Allgemeinmedizin."

In diesem Zusammenhang ist die Tatsache zu erwähnen, daß
schon 1955 auf Beschluß des Vorstandes der Arbeitsgemein-
schaft der westdeutschen Ärztekammern die ärztliche Aus-
bildung mit der Bestallung als Arzt endete, d.h. nach
Ableistung der Medizinalassistentenzeit. Diese Tatsache
war ausdrücklich in einer Neufassung der Facharztordnung
von 1951 festgelegt worden, in der das Wort Ausbildung
insgesamt durch das Wort Weiterbildung ersetzt wurde.
So schaffte man von der Ausbildung zur Weiterbildung
des Arztes einen kontinuierlichen Übergang.

Im Gegensatz zu den Begriffen Ausbildung und Weiterbildung
war die Fortbildung ein zu jeder Zeit feststehender Be-
griff. Sie zählt seit jeher zu den vornehmsten Aufgaben
des Arztes.

So erklärte Josef S T O C K H A U S E N (geb. 1918):

"Was wäre aller Fortschritt in der Medizin und
darüber hinaus in den ihr dienenden Naturwissen-
schaften, käme er nicht Kranken wie Gesunden
durch ständige berufliche Fortbildung der Ärzte
so rasch und so weitgehend als möglich zugute.
So ist es selbstverständlich, daß ständige Fort-
bildung seit jeher zu den vornehmsten Berufs-
pflichten der Ärzte zählt. Wo immer neue medi-
zinische Erkenntnisse und neue Möglichkeiten
menschlichem Forschergeist entsprangen, waren
Ärzte bemüht, sie möglichst rasch für ihre Patien-
ten zu erwerben und zu nutzen."
(4, 68 (1971) 1423)

Und Hans-Joachim S E W E R I N G (geb. 1916) zum
gleichen Themenkreis:

"Die Verpflichtung zur Fortbildung wurde und
wird als eine lebensnotwendige Aufgabe im Inter-
esse der Patienten empfunden. Den ärztlichen
Beruf ausüben, heißt lebenslang Medizin studieren."
(4, 69 (1972) 3097)

III. Ausbildung zum Arzt

1. Probleme der Ausbildung

Die Problematik der Ausbildung des angehenden Arztes spiegelte sich deutlich wieder in einem Festvortrag von Heinrich S C H I P P E R G E S (geb. 1918) zum 19. Deutschen Kongreß für Ärztliche Fortbildung am 19.5.1970 in Berlin;

Er sagte unter anderem folgendes:

"Wie antiquiert unsere Medizin in ihrem Bildungsprogramm geblieben ist, das zeigt jeder Blick auf unsere Studien- und Prüfungsordnung, deren Matrix aus dem Jahre 1825 stammt, wo ein "Tentamen philosophicum" die wissenschaftliche Grundbildung abschloß und das "Tentamen medicum" das ärztliche Grundwissen prüfte. So ist es im Grunde geblieben, und so bleibt es auch für die Ärzte der Achtziger Jahre. Wir haben immer noch das "Physicum", das um 1870 das "Philosophicum" verdrängte, um damit auch die größeren Kompetenzbereiche einer Heilkunde zu reduzieren auf die "res naturales" der Medizin, auf Physik und Chemie und Botanik und Zoologie, wobei lediglich am historischen 2. Juni 1883 die Mineralogie herausflog. Immer noch blieben Zoologie und Botanik, jene Grundstoffe der "Materia Medica", die ein römischer Militärarzt aus dem 1. Jahrhundert für die Medizin legitimiert hatte, immer noch auch der Tatbestand, daß Physiologen sich - mit dem Du Bois des Jahres 1870 - "als Physiker und Chemiker fühlen" und rühmen..

Immer noch auch das Spektrum des klinischen Fachfächers, das dem 19. Jahrhundert so hinreißend progressiv erschien, mit Hals und Nasen und Ohren und Augen und Zähnen und Haut und Geschlecht und Nerven, mit einer inneren und äußeren, einer oberen und unteren Medizin, der rechten bald und durch die Basisgruppen auch einer linken, samt immer neuen Spezialitäten. Und wir nehmen im Rauschen des Blätterwaldes den Stoßseufzer schon garnicht mehr wahr, den kürzlich noch ein Arzt und Forscher wie Manfred B L E U L E R ausgestoßen hat, den Wunsch nämlich, die jungen Ärzte möchten doch in Zukunft auch von Ärzten ausgebildet werden und nicht allein von Physikern, Chemikern, Biologen oder Statistikern. Das alles und vieles mehr gehört in jene Konkursmasse, die heute in die Retorte der Reform geschlagen wird. Und auch die "Reform des Medizinstudiums" selbst ist zum gängigsten Topos des Jahrhunderts geworden, zum Schlachtfeld leidenschaftlicher

Polemik. So beklagte man immer mehr die "völlig entgleiste" Reform von 1901, um jetzt endgültig einmal "an die Stelle ihres jämmerlich verpfuschten Flickwerks eine großdurchdachte Gestaltung" zu setzen. So 1919 und -- 1919 wie 1901 und 1969 -- augenscheinlich ohne jeden Erfolg! Und was G O E T H E 1790 am Rande bemerken konnte, das gilt auch 1970 zentral noch: "Die orthodoxen Schulen in allen Wissenschaften, die aus Bequemlichkeiten am Herkömmlichen bleiben, halten ihr altes System noch mit den Zähnen, wenn ihnen schon beide Arme abgehauen sind." Und sein Fazit: "Aber natürlich ist dann der Sturz auch um so plumper und schneller." Quod est demonstrandum!"
(20, 17 (1970) 1077f)

Wirft man einen Blick auf die hundertjährige Geschichte des Deutschen Ärztetages, muß man jedoch erkennen, daß Ausbildung und Reform der Ausbildung nicht nur diskutiert wurden, sondern daß sich im Bemühen um die Reform der Ausbildung auch entsprechende Erfolge einstellten.

In einem Referat von Ernst F R O M M (geb. 1917) 1972 auf Sylt kommt dies auch recht deutlich zum Ausdruck.

So verweist er auf die "Königsteiner Leitsätze", der die Reformbemühungen zur ärztlichen Ausbildung zugrunde lagen, die 1950 verabschiedet wurden. Alle, die am Zustandekommen der damaligen Leitsätze beteiligt waren, waren sich darin einig, daß eine zeitgemäße Reform der Ausbildung zum Arzt dringend notwendig sei. Auch die Änderung der ärztlichen Approbationsordnung von 1953 spiegelte den Reformwillen wider. Ebenso die Grundlagen und Leitlinien für die Reformgedanken zur ärztlichen Ausbildung auf dem 62. Deutschen Ärztetag 1959 in Lübeck, die 1970 in der neuen Approbationsordnung ihren Niederschlag fanden.

Wenn man die hundertjährige Geschichte des Deutschen Ärztetages betrachtet, darf die Zeit des nationalsozialistischen Systems von 1933 bis 1945 nicht unerwähnt bleiben.

Obwohl während dieser Zeit keine Ärztetage stattfanden, abgesehen von je einem nationalsozialistischen Ärztetag 1934 in Bayern und 1937 in Stettin, wurden die Probleme der Deutschen Ärztetage nicht beiseite gelegt, sondern unter anderen Gesichtspunkten behandelt und entsprechende

Beschlüsse gefaßt. So wurden völlig neue Akzente gesetzt, die den Geist dieser Zeit eindrucksvoll widerspiegeln.

2. Reifezeugnis und Medizinstudium

1875, dem Jahr des dritten Ärztetages, meldete das Zentralorgan für Realschulwesen, daß der Präsident des Reichskanzleramtes von sämtlichen deutschen Regierungen die Ermächtigung erhalten habe, von jetzt an allen Real-
schülern, die das Zeugnis der Reife besitzen, die Berechtigung zum Medizinstudium, der Meldung zur ärztlich
medizinischen Prüfung und zur Niederlassung in allen deutschen Staaten des Deutschen Reiches zu geben.

Dies wurde damals als großer Fortschritt gefeiert, galt diese Berechtigung doch als Emanzipation der Heilkunde von dem Philologentum, denn bis dahin galt als Grundlage des Medizinstudiums nur das Gymnasialzeugnis der Reife. Ein Beratungsgegenstand des Ärztetages war die Revision der Vorschriften über die ärztliche Prüfung. Es wurde ein Gutachten erarbeitet, ein Allgemeinprüfungsreglement für das ganze Deutsche Reich zu schaffen, insbesondere für die naturwissenschaftliche Prüfung "Tentamen physicum".

So hat unter anderem der Badische ärztliche Ausschuß Anträge der Badischen Regierung unterbreitet, für die naturwissenschaftliche Vorprüfung eine Prüfungsordnung für das ganze Deutsche Reich zu schaffen. Ebenso sprach sich die Bayrische Staatsregierung für das "Tentamen physicum" aus. So sollte an Stelle der "Altensteinischen Verfügung" von 1826 - jeder Mediziner wurde über Philosophie und
teils über sämtliche Zweige der Naturwissenschaften (insbesondere Zoologie und Botanik) im Examen philosophicum geprüft- das "Tentamen physicum" (Physik und Chemie) treten
1861 trat diese Verordnung in Kraft.

Doch nicht nur die Frage des Reifezeugnisses auf Zulassung zum Studium stand zur damaligen Zeit zur Diskussion, sondern auch schon der Ausbildungsmodus vor dem eigentlichen Medizinstudium. Es wurde darauf verwiesen, daß es für die Medizin nötig sei, schon vor dem Universitäts-

studium einen guten Überblick über die gesamte Naturgeschichte zu besitzen. Man sah die Hauptgründe des Zurückbleibens der naturwissenschaftlichen Therapie darin, daß die genaue naturwissenschaftliche Methode bis dahin in keiner Weise der ärztlichen Erfahrung hinlänglich zu Grunde gelegt wurde. Das größte Hindernis einer Reform erblickte man darin, daß die Ärzte nicht naturwissenschaftlich genug gebildet waren.

So wurde 1878 auf dem 6. Deutschen Ärztetag in Eisenach ein neuer Entwurf vorgelegt, der eine Verbesserung des humanistischen Gymnasiums in Richtung mathematisch-naturwissenschaftlicher Ausbildung anstrebte.

3. Studiendauer

Ein weiterer Punkt im Rahmen der Ausbildung war die Frage der Studiendauer.

Ein Entwurf von 1878 sah ein achtsemestriges Studium vor, obwohl man sich im klaren darüber war, daß acht Semester kaum genügen würden. Es galt schon damals als erstrebenswert, zwei Jahre für Naturwissenschaften zu nutzen, zweieinhalb bis drei Jahre aber für die eigentliche Medizin. Der neue Entwurf sah vier Semester nach dem "Tentamen physicum" vor. Bis dahin gab es keine Vorschrift über die Länge des Studiums. Es genügte das "Tentamen physicum" und die klinischen Praktika.

Auch 1882 wurden nochmals fünf Jahre Ausbildung gefordert, doch wurde die Behandlung dieses Themas auf 1883 vertagt. Auf diesem Ärztetag in Berlin sollte dieses Thema von Karl D O E R F L E R (1834-1917) auf die Tagesordnung gesetzt werden. Da jedoch vom Bundesrat das Studium von acht auf neun Semester verlängert worden war, wurde folgende Resolution von ihm vorgeschlagen:

"Der XI. deutsche Aerztetag wolle beschliessen, Angesichts der Thatsache, dass eine Prüfungsordnung vom Bundesrath beschlossen worden ist, welche dem vom Aerztetage stets angestrebten Weg der Verlängerung des medicinischen Studiums

betritt, vorerst die Berichterstattung und
Berathung über diesen Gegenstand von der Tages-
ordnung abzusetzen."
(1, 10 (1883) 224)

Diese Resolution wurde ohne Diskussion angenommen. Im
Protokoll wurde aber von D Ö R F L E R vermerkt, daß
durch die Aufnahme von Psychiatrie und Hygiene ein neun-
semestriges Studium zu kurz sei. So trat die Forderung
nach einem zehensemestrigen Studium 1890 wieder auf die
Tagesordnung, zumal die praktische und technische Durch-
bildung des jungen Arztes zu wünschen übrig ließ. Diese
sollte hauptsächlich dem zehnten Semester zugute kommen.
Doch fanden diese Vorschläge nicht überall Beifall.
Nikolaus G E I S S E (1826-1901) aus Bad Ems erklärte
dagegen, daß eine Verlängerung des Studiums wohl den
Professoren aber nicht den Studenten nutze. Je länger
die Studienzeit sei, desto größer würde die Anzahl der
verbummelten Mediziner. Er behauptete weiter, daß es zu
wenig medizinische Prüfungen gäbe. Einen großen Gewinn
sah er darin, daß damit mehr Zeit für die praktische
Ausbildung gewonnen werde. Er führte als Beispiel die
Dubliner Universität an, wo über ein Jahr dies schon
praktiziert werde und zwar mit Erfolg.
(1, 17 (1890) 142)

1891, also ein Jahr später, stellte die Kommission zur
Vorbereitung der Verhandlung des neunzehnten Ärztetages
unter anderem ebenso die Forderung auf, die Dauer des
Medizinstudiums an den Universitäten im Interesse einer
gründlicheren Vorbildung auf zehn Semester auszudehnen,
abgesehen von der für den praktischen Krankenhausdienst
erforderlichen Zeit. So wurde ein zehensemestriges Stu-
dium beschlossen, ebenso ein Jahr praktische Tätigkeit
vor Eintritt in die ärztliche Praxis.

Nachdem dieses Problem der Studiendauer nach 1891 auf

den Ärztetagen in den Hintergrund trat, wurde dieses Thema erstmals wieder 1920 in den Vordergrund geschoben. War man sich bisher allgemein klar darüber, daß eine Erhöhung der Semesterzahl aus welchen Gründen auch immer für nötig gehalten wurde, so trat eine tatsächliche Entscheidung bis dahin nicht ein. Wenn auch 1920 kein Ärztetag stattfand, wurde der Vorschlag einer Semesterzahlerhöhung vom 4. Medizinischen Fakultätentag vorgeschlagen. Man strebte hierbei zwölf Semester an, davon waren fünf für das vorklinische Studium, sieben für das klinische Studium vorgesehen, wobei das praktische Jahr entfallen sollte. Dafür wurde für den klinischen Unterricht eine praktische Ausbildung gefordert.

Dagegen sprach sich 1921 der 42. Ärztetag in Karlsruhe für eine Semesterzahl von elf aus, wobei vier Semester dem vorklinischen, sieben Semester dem klinischen Unterricht zugerechnet werden sollten. Das praktische Jahr sollte beibehalten werden. Es war folgende Aufteilung vorgesehen: sechs Monate für die innere Medizin, je drei Monate für Chirurgie und Gynäkologie.

1930/31 fanden die letzten Ärztetage vor der Machtergreifung der Nationalsozialisten statt. Wieder wurde das Problem der Studiendauer eingehend diskutiert. Es wurde vorgeschlagen, den Ausbildungsgang des Arztes in eine vorklinische und klinische Ausbildung und in die der Medizinalassistentenzeit aufzuteilen. Die vorklinische Ausbildung sollte hierbei fünf Semester betragen, wobei die ersten zwei bis drei Semester vorwiegend der Ausbildung der naturwissenschaftlichen Fächer dienen sollte. Diese Zeit war mit einer Vorprüfung abzuschließen. Das klinische Studium sollte sieben Semester betragen. Davon war ein Semester den praktischen Übungen vorbehalten. Sollten jedoch sieben Semester nicht erreicht werden, hielt man eine zweijährige Medizinalassistentenzeit für angebracht.

In der nachfolgenden NS-Zeit (1933-1945) fanden keine Ärztetage statt. Doch soll auch auf die während dieser Zeit auftretenden Probleme eingegangen werden, da diese nicht ausgespart blieben, sondern unter neuen Gesichtspunkten gesehen wurden. In einem Vortrag von Stadtmedizinalrat Wilhelm K L E I N aus Berlin, gehalten bei der Eröffnung der Berliner Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen im Dezember 1933, erklärte er unter anderem, daß das Studium viel zu lang ausgedehnt werde, daß es damit dazu beiträge, daß die biologisch wertvollsten Teile des Volkes sich ungenügend fortpflanzten und damit negative Auslese treibe.

Am 1.4.1939 trat eine Reform des ärztlichen Studiums in Kraft. Die Nachteile sah man bisher im späten Abschluß des Studiums, im verzögerten Einsatz des Arztes zur Erfüllung seiner Berufspflichten und in der Tatsache, daß der Arzt erst im vorgeschrittenen Alter eine Familie gründen konnte. Das Fehlen aller lebensnahen Verpflichtungen im bisherigen Ausbildungsgang sei die Ursache dessen, was man als "Krisis in der Medizin" zu bezeichnen pflegte. Eine neue Studienordnung für Mediziner sah eine Studienverkürzung von zwei Jahren vor. Die Studienlänge wurde auf zehn Semester beschränkt, davon waren für den vorklinischen Abschnitt vier Semester vorgesehen.

Nach dem Zusammenbruch des NS-Regimes wurde die Tradition der Deutschen Ärztetage fortgesetzt. Die am 8. Juli 1950 in Königstein versammelten Vertreter der ärztlichen Berufsvertretungen, der Fakultäten und Studentenfachschaft Medizin waren sich darüber einig, daß eine zeitgemäße Reform der Ausbildung zum Arzt dringend notwendig sei. Die Erfahrung hatte gelehrt, daß die bisher überwiegend theoretisch orientierte Ausbildung im Sinn einer praktischen Anleitung und Unterweisung erweitert werden mußte.

Der Ausbildungsgang mußte der Vermehrung des medizinischer

Wissenstoffes und dem Wandel der Ärztlichen Betrachtungsweise Rechnung tragen.

Dazu wurden für notwendig gehalten:

1. 5 Semester vorklinisches Studium, vor oder während dieser Zeit 8 Wochen pflichtmäßiger Krankenpflegedienst.
2. Ergänzung der Studienordnungen durch dringende Empfehlung des Besuches von Vorlesungen aus anderen Wissensgebieten zur Vertiefung der Allgemeinbildung des künftigen Arztes.
3. Abschluß dieses Ausbildungsabschnittes durch ungeteilte ärztliche Vorprüfung (Physikum).
4. 6 Semester klinisches Studium, während dieser Zeit drei Monate Pflichtfamulatur.
5. 2 Medizinalpraktikantenjahre, die in eigens ausgewählten und ermächtigten Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen oder Instituten abzuleisten sind.
6. Die Medizinalpraktikantenzeit soll dazu dienen, die praktische Anwendung des theoretischen Wissens zu fördern. Deswegen erscheint es zweckmäßig, das erste Medizinalpraktikantenjahr nach vier Semestern klinischen Studiums unter Beurlaubung von der Universität, das zweite Medizinalpraktikantenjahr nach den übrigen klinischen Semestern und nach abgelegter ärztlicher Prüfung abzuleisten zu lassen.
7. Die ärztliche Prüfung ist wie bisher vor den Prüfungsausschüssen einer Universität (Akademie) abzulegen.
8. Nach vollständig abgeleisteter Medizinalpraktikantenzeit hat sich der Anwärter zur Erlangung der Approbation einer weiteren Prüfung zu unterziehen.
(3,35 (1950) 287)

Doch erst die neue Approbationsordnung von 1970, auf die noch näher einzugehen ist, brachte einschneidende Veränderungen.

4. Praktische Ausbildung während des Studiums

Wenn man das Gesamtproblem der Ausbildung in diesen hundert Jahren analysiert, kam neben der Frage der Ausbildungsdauer die Frage nach dem Zeitpunkt und dem Einbau der praktischen Tätigkeit immer wieder auf die Tagesordnung.

Die Diskussion darüber ist bis heute nicht verstummt, trat doch die praktische Tätigkeit während des Studiums weit hinter der theoretischen Ausbildung zurück. Auf dem 18. Ärztetag 1890 in München wurde erstmals die obligatorische Einführung eines praktischen Jahres nach der Approbation gefordert, welches der junge Arzt als Assistent an einer Klinik, Krankenanstalt oder bei einem Amts- oder Privatarzt abzuleisten hatte, um damit die praktisch technische Ausbildung des Arztes zu fördern.

In einem Referat dazu erklärte

Hugo - Wilhelm V O N Z I E M S S E N (1829 - 1902)
aus München auf dem 19. Ärztetag 1891 in Weimar:

"Es ist in einzelnen Kreisen Sitte, bei der Besprechung ungenügender Leistungen junger Ärzte von einer Mangelhaftigkeit des klinischen Unterrichts zu reden und den Universitäts-Lehrern und -Assistenten die Schuld an der minderen wissenschaftlichen und praktischen Ausbildung mancher Ärzte beizumessen. Die Frage, ob der betreffende Arzt auf der Universität auch die ihm gebotene Gelegenheit zur Erwerbung der nöthigen Kenntnisse und Fertigkeiten wirklich benutzt habe, kommt hierbei gewöhnlich nicht zur Sprache."

(1, 18 (1891) 162)

Er führte weiterhin aus, daß durch die große Zahl der Studierenden und durch das oft zu geringe Krankmaterial die ideale Forderung illusorisch gemacht werde, daß jeder junge Arzt schon auf der Universität alle Eingriffe, die er später in seiner Praxis ausführen muß, selbst gemacht habe. Er verwies auf die Münchner Kliniken und Polikliniken, die den praktischen Kursen und Übungen größte Aufmerksamkeit widmeten.

Den Nutzen dieser praktischen Arbeit während des Studiums spürte man bei der Prüfung an der Gewandtheit und Sicherheit in der Untersuchung und im Urteil. Das Fazit sei: die praktische Tätigkeit am Krankenbett rege auch zu einem eingehenden Studium des betreffenden Gebietes an. Damit sei aber die Grenze erreicht, was die Kliniken leisten können.
(1, 18 (1891) 163)

Er zog die Konsequenz, daß eine praktische Schulung von mindestens einem Jahr in einem großen Krankenhaus dringenst nötig sei. Als einen Markstein in dieser Richtung bezeichnete er die Ansprache von Staatsminister Gustav V O N G O S S L E R (1838-1902) an die Mitglieder des 10. Internationalen Medizinischen Kongresses zu Berlin im August 1890, in der dieser betonte, daß er es als eine seiner Aufgaben betrachte, im Interesse einer vollkommenen praktischen Ausbildung der jungen Ärzte eine Brücke von der Universität zur ärztlichen Praxis zu schlagen.
(1, 18 (1891) 166)

Nachdem der 18. Ärztetag 1890 beschlossen hatte, daß ein Jahr Praxis absolviert werden müsse - gleichzeitig beschloß der Ärztetag eine Semesterzahlerhöhung auf zehn - wurden 1893 zum 21. Deutschen Ärztetag in Breslau von Victor C N Y R I M (1833-1904) unter anderem folgende Vorschläge gemacht:

- 1) Die Krankenhäuser sollen in größerem Umfang als bisher Gelegenheit gewähren zur praktischen Ausbildung von Ärzten.
- 2) Der ärztliche Dienst in den Krankenhäusern ist derart zu organisieren, daß auf 100 - 120 Kranke ein Oberarzt und mindestens zwei Assistenzärzte kommen.

- 3) Durch Anstellung von Spezialärzten ist dafür Sorge zu tragen, daß in allen Fällen die Kranken eine sachgemäße Behandlung finden.
- 4) Seitens der Hospitalverwaltung ist die wissenschaftliche Tätigkeit der Ärzte zu fördern durch Anschaffung moderner Apparate und Einrichtungen.
(1, 20 (1893) 139)

Außerdem wurde darüber verhandelt, daß jeder neu geprüfte Arzt zur Staatsprüfung und zur Erlangung der Approbation ein Jahr lang praktischen Dienst als Unterarzt zu leisten hat. Nur der Unterarzt, der zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten gearbeitet hatte, dürfte die Heilkunde selbst ausüben.

Dagegen forderte Arthur H A R T M A N N (1849-1931) auf dem 22. Ärztetag 1894 in Eisenach, daß das praktische Jahr nur während des Studiums abzuleisten sei. Gegen die Einführung des Unterarztes sprach sich Robby August K O S S M A N N (1843-1907) aus, denn nach seinen Worten würden diese jungen Kollegen nur mißbraucht werden, z.B. für "Harnuntersuchungen, Bazillen-jagd und anderes mehr". Aber auch andere Vorschläge wurden gemacht. So wurde auf dem 23. Ärztetag 1895 vorgeschlagen, als Hilfsarzt ein Jahr tätig zu sein. Die Fächer Hygiene, Anatomie und Pathologie sollten hierbei nicht berücksichtigt werden. Es wurde die Meinung vertreten, daß diese Kenntnisse von der Universität mitzubringen seien. Über die anderen Fächer sollte der Arzt selbst entscheiden. Eine abschließende Prüfung war nicht vorgesehen.

Detaillierte Vorschläge zum sogenannten "annuum practicum" wurden 1900 auf dem 28. Ärztetag unter anderem von Valentin W I L L E (1895-1907) aus Marktoberdorf gemacht.

(1, 27 (1900) 107)

Er sprach sich dafür aus, Möglichkeiten zu schaffen, daß das praktische Jahr nicht nur an Krankenhäusern und Kliniken, sondern auch bei praktischen Ärzten absolviert werden könne. Die Tätigkeit solle dann auf die Chirurgie, Gynäkologie und innere Medizin beschränkt sein. Unterstützt wurde diese Forderung vom Bezirksverein Leipzig - Land. 1901 ging dem Bundesrat der Entwurf betreffs der Approbation zu, wonach die Approbation demjenigen erteilt wird, der die ärztliche Prüfung vollständig bestanden hat.

(1, 27 (1900) 107)

Theodor R U M P F (1851-1934) aus Bonn sah auf dem 30. Ärztetag 1902 in Königsberg die Aufgabe der leitenden Krankenhausärzte darin, die Verantwortung für die Ausbildung der Ärzte für das praktische Jahr zu tragen, weiterhin die diagnostischen und therapeutischen Apparate auf den höchsten Stand zu bringen, den Praktikanten Gelegenheit zu geben, wissenschaftlich und praktisch dem Fortschritt der Medizin zu folgen. Und er sprach sich dafür aus, daß für Praktikanten Vorträge und Besprechungen über ärztliche Pflicht- und Sittengesetze eingerichtet würden.

Karl P A R T S C H (1855-1932) aus Breslau reichte folgende Anträge ein:

- a) Das praktische Jahr kann seinen Zweck nur erfüllen bei genügender praktischer Vorbildung, deshalb sei auch in Zukunft Sorge für die Erweiterung des poliklinischen und propädeutischen Unterrichts zu tragen.
- b) Das praktische Jahr dürfe nicht zum Spezialistentum führen.

(1, 29 (1902) 329)

5. Gründung von Medizinischen Akademien für praktische Medizin

Eine besondere Rolle für die Zukunft in Richtung Aus- und Fortbildung des Arztes spielte die damalige Gründung sogenannter Akademien für praktische Medizin. Neue Gesichtspunkte wurden in die Diskussion geworfen, als am 28. 5. 1901 die bisherige Prüfungsordnung für Ärzte dahingehend geändert wurde, daß die Mediziner nach vollständig bestandener ärztlicher Prüfung noch ein Jahr an einer Universitätsklinik oder an einem dazu ermächtigtem Krankenhaus des Deutschen Reiches als Medizinalpraktikant unter Aufsicht und Anleitung des Direktors oder ärztlichen Leiters tätig sein mußten, bevor sie sich als praktische Ärzte niederlassen durften. (18, 37)

Die Anregung zu ihrer Einrichtung war von der Preußischen Staatsregierung ausgegangen, die den Wunsch hatte, das reiche Krankenmaterial größerer Städte in geeigneter Weise den angehenden Ärzten zur praktischen Verwendung seiner auf der Universität erworbenen Kenntnisse, dem bereits fertigen Arzt zur weiteren Ausbildung verwendbar zu machen. Sie sollten den Charakter einer Hochschule haben.

Nachdem die neu in der Prüfungsordnung vom Mai 1901 aufgenommene Bestimmung für Ärzte, nach bestandenem Staatsexamen ein Jahr an geeigneter Stelle abzuleisten, von der gesamten Ärzteschaft freudig begrüßt worden war, wurden jetzt Stimmen laut, die der Akademie mißtrauten, ja sie sogar energisch ablehnten. Und dies trotz besseren Wissens, denn jedem einzelnen waren ja die Unzulänglichkeiten an den Universitäten nur zu gut bekannt.

Am 10. Oktober 1904 wurde nunmehr in Köln die erste Akademie für praktische Medizin eröffnet.

Nach Vortrag des Krönungsmarsches ergriff der damalige Oberbürgermeister Friedrich Wilhelm V O N B E C K E R (1835 - 1924) das Wort.

Derselbe führte zunächst die Gründe an, welche zu der Errichtung der Akademie die Veranlassung gegeben (bessere Ausbildung der jungen Ärzte und weitere Fortbildung des Ärztestandes), streifte dann kurz die gegen die Akademie erhobenen Bedenken, die aber von irrigen Voraussetzungen ausgegangen seien, und meinte zum Schluß seiner Ausführungen :

"es sollte doch zur Beruhigung dienen, dass es die Stadt Cöln sei, welche die Anstalt errichtet, dass sie es nur tue, um "den Interessen des ärztlichen Standes zu dienen, das Niveau dieses wichtigen Standes zu heben und damit die allgemeine Wohlfahrt zu fördern". "

(1, 31 (1904) 631)

So ist es nicht verwunderlich, daß im Mittelpunkt dieses 33. Deutschen Ärztetages 1905 in Straßburg die Akademie stand, die, wie schon erwähnt, auf viel Mißtrauen stieß. Dieses Mißtrauen kam in den verschiedensten Resolutionen der Ärztlichen Vereine zum Ausdruck.

So lautete z. B. die Resolution des Cölner Vereins:

"Der allgemeine Ärztliche Verein in Cöln steht allen Bestrebungen, welche auf die Ausbildung der Ärztlichen Praktikanten und die weitere Fortbildung der praktischen Ärzte hinzielen, durchaus sympathisch gegenüber; dagegen erkennt er die Notwendigkeit nicht an, diese Zwecke in einer Akademie zusammenzufassen und bedauert die Einrichtung einer solchen in hiesiger Stadt. Ganz besonders aber muss der Verein sein Bedauern darüber aussprechen, dass er als solcher nicht gehört worden ist bei der Einrichtung der Cölner Akademie, welche für die Cölner Ärzteschaft von einschneidender Bedeutung ist und in ihrer weiteren Entwicklung noch in weit grösserer Masse werden wird. Er würde seine Bedenken eher zum Ausdruck gebracht haben, wenn ihm dies nicht durch eine bei derartigen öffentlichen Einrichtungen unverständliche Geheimhalten unmöglich gemacht worden wäre."

(1, 32 (1905) 26 f)

Der ärztliche Verein in Hamburg reichte folgende Resolution ein:

"Der ärztliche Verein erkennt die Berechtigung von Bestrebungen, welche den Zweck haben, die Fortbildung der praktischen Aerzte zu fördern, an, ist aber der Ansicht, dass dies auf dem Wege des Ausbaues der Fortbildungskurse in den hiesigen Staatskrankenhäusern erreicht werden kann.

Der ärztliche Verein schliesst sich den Resolutionen der ärztlichen Vereine in Cöln, Düsseldorf und Frankfurt an und spricht sich energisch gegen die Gründung einer Akademie in Hamburg aus, solange nicht Endziele, Zweckmässigkeit und Erfolge der bestehenden Cölner Akademie feststehen und bis sich die Erfolge des gerade jetzt in Kraft tretenden praktischen Jahres auf die Ausbildung der Mediziner übersehen lassen."

(1, 32 (1905) 28)

Dessen ungeachtet, ergriff die Stadtverwaltung in Düsseldorf die günstige Möglichkeit, in ihren laufenden Planungen für das Städtische Krankenhaus dieses für die Medizinalpraktikanten nutzbar zu machen.

Als Ergebnis umfangreicher Beratungen zeigte es sich, daß das preußische Ministerium der geistlichen Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten der Errichtung dieser Akademie für praktische Medizin in Frankfurt, Cöln und Düsseldorf äusserst positiv gegenüberstand. Schon im November 1903 lag eine Bestätigung des Kultusministeriums vor, daß in Düsseldorf eine Akademie für praktische Medizin errichtet werden sollte.

Im Dezember 1903 hatte der für den Aufbau der neuen Krankenanstalten verantwortliche Beigeordnete Max G R E V E (1856 - 1917) nochmals alle Argumente, die für die Errichtung der Akademie sprachen, zusammengefaßt, die hier kurz in ihren Hauptzügen aufgeführt seien:

"Mit der beabsichtigten Gründung der Akademie für praktische Medizin in den verschiedenen Provinzen beabsichtigt die Königliche Staatsregierung den Schlußstein zu legen für die durch ihre Gesetzgebung angebahnten Bestrebungen, die ärztliche Kunst auf höchste Höhen zu bringen und sie auf derselben zu erhalten."

(19,(1966) 64, 66)

So wurde am 27. Juli 1907 die Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf eröffnet. Die Eröffnungsrede hielt Kultusminister H O L L E , der unter anderem sagte:

"Die Akademien für praktische Medizin sind Schöpfungen neuesten Ursprungs. Wie es bei allem Neuen zu gehen pflegt, haben sie neben voller Würdigung und Anerkennung mancherlei Widerspruch und Anfechtung erfahren, namentlich in ärztlichen Kreisen, obwohl gerade deren Interessen diese Veranstaltungen in erster Linie zu dienen berufen sind. Auch in akademischen Kreisen hat man sie mit Mißtrauen und einer gewissen Besorgnis betrachtet. Bei dieser Sachlage war der bisherige Entwicklungsgang unserer ersten in Cöln geschaffenen Akademie viel umstritten, gleichsam ein fortgesetzter Kampf um die Daseinsberechtigung, aber ein Kampf, den die neue Lehr- und Forschungsanstalt ruhmreich geführt und siegreich bestanden hat. Mehr und mehr werden die Vorurteile überwunden, verstummen die Stimmen, welche zweifeln an der Lebensfähigkeit dieser Einrichtung. Die Anerkennung dessen, was durch ärztliche Fortbildungskurse in der Akademie geleistet wird, ist im In- und Auslande in ständigem Wachsen begriffen, sowohl in den Kreisen der ärztlichen Praxis wie der medizinischen Wissenschaft.

So tritt die Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin unter günstigen Auspizien in Wirksamkeit. Eine solche Lehranstalt erscheint als die vornehmste Schöpfung und bedeutsamste Errungenschaft auf dem Gebiete der ärztlichen Fortbildung. Hier liegt ihr Schwergewicht, hier soll sie Vorbildliches leisten. Sie soll bei der immer weiteren Ausbreitung und Spezialisierung der ärztlichen Wissenschaften den praktischen Aerzten Gelegenheit bieten, mit den Fortschritten der Medizin in Fühlung zu bleiben.

Sie ist dazu in erster Linie berufen und geeignet, dank der Vielseitigkeit und ausgedehnten Zusammensetzung ihres Lehrkörpers, zufolge der Reichhaltigkeit des zur Verfügung stehenden Krankenmaterials und nicht zuletzt auch dank der Liberalität der Stadtverwaltung, welche die von ihr ins Leben gerufene Akademie in vollendeter Weise ausgestattet hat, so dass das beste geleistet werden kann. Nicht weniger wichtig ist eine zweite Aufgabe: die der Akademie obliegende Ausbildung der Kandidaten der Medizin im praktischen Jahre. Die Akademie besitzt keinerlei Privilegien, keinerlei Monopole; jede andere praktische Ausbildung bleibt dem Kandidaten freigelassen. Dennoch erscheint sie berufen, auch auf diesem Gebiete besondere Erfolge zu zeitigen, da sie dem jungen Mediziner unter bester Anleitung Gelegenheit zu vielseitiger Bereicherung seiner Kenntnisse bietet. Schliesslich liegt es der Akademie ob, die reichen Erfahrungen am Krankenbett für die Wissenschaft nutzbar zu machen. Sie soll, wie es in der Satzung heisst, die praktische Medizin nach der wissenschaftlichen Seite fördern. Nur dann, wenn die Mitglieder der Akademie sich dessen stets bewusst bleiben, dass es ihre Aufgabe ist, in gemeinsamer Arbeit auch die Wissenschaft zu pflegen und zu vertiefen, werden sie im akademischen Leben diejenige Stellung behaupten, die ihnen gebührt."

Und an anderer Stelle:

"Die Stadt Düsseldorf hat, indem sie muster-gültige Anstalten zum Wohle der leidenden Menschheit und zur Pflege des unbemittelten Teiles der Bevölkerung schuf, sich ein grosses soziales Verdienst erworben. Sie hat aber diesen Anstalten erst die höhere Weihe gegeben, indem sie sie in den Dienst der Vervollkommnung jener Wissenschaft und Kunst gestellt hat, die den Kranken zu dienen berufen ist: ein hervorragendes Beispiel umsichtiger und weitherziger Kommunal-fürsorge. Möge dieses prächtige, grossartig ausgestattete Werk das werden, was wir von ihm erwarten: den Aerzten eine befruchtende Lehrstätte, dem Volke eine wohlthätige Heilstätte!"

(1, 34 (1907) 607)

Die Satzung der neuen Akademie wurde am 15. 7. 1907 vom Kultusministerium genehmigt, und damit war die neue akademische Institution arbeitsfähig geworden, deren Leitung der Chirurg Friedrich W I T Z E L (1856 - 1925) übernahm.

Die wichtigsten Aufgaben der Akademie waren in sechs Punkten zusammengefaßt:

- I. Den Kandidaten der Medizin nach zurückgelegtem Staatsexamen Gelegenheit zur Ablegung des praktischen Jahres zu bieten.
- II. Gelegenheit zur Ausbildung in den ärztlichen Spezialfächern zu geben.
- III. In Verbindung mit dem Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen Fortbildungskurse für praktische Ärzte abzuhalten.
- IV. In der Krankenpflege auszubilden.
- V. Samariterkurse abzuhalten.
- VI. Die praktische Medizin nach der wissenschaftlichen Seite zu pflegen.

(1, 32 (1905) 29)

Der schon erwähnte 33. Ärztetag 1905 in Straßburg sprach nunmehr sein Bedauern darüber aus, daß vor Errichtung der Akademie für praktische Medizin die berufene Vertretung der Ärzteschaft nicht gehört worden sei. Der Ärztetag sah in der Errichtung von Akademien keine nennenswerte Unterstützung des aus eigener Kraft der Ärzte bisher in genügender Weise gehandhabten Fortbildungswesens der Praktischen Ärzte, keine besonders günstige Gelegenheit der Ausbildung junger Ärzte bzw. Mediziner zu Praktischen Ärzten, wohl aber eine für den Zusammenhang des ganzen ärztlichen Standes und für das bestehende bewährte Universitätswesen gefährliche Einrichtung. So wurde vor Neugründungen von Akademien gewarnt, bis ausreichende Erfahrungen vorlägen.

Als besorgniserregend wurde ein Bericht von Carl L Ö B K E R (1854 - 1912) aufgenommen, der angab, daß im Ministerium erwogen werde, kleinere Universitäten

"wegen ihres geringen Krankenmaterials von der Ausbildung in den Spezialfächern zu entlasten."

(1, 32 (1905) 30)

Man sah darin den Anfang vom Ende dieser Universitäten.

6. Die Situation im Ersten Weltkrieg

Einschneidende Veränderungen gab es in den Jahren des Ersten Weltkrieges. So wurde 1915 der Wegfall des praktischen Jahres beschlossen. 1916 gab der Ministerialdirektor für preußische Medizinalangelegenheiten folgende Erklärung heraus:

Studenten mit bestandenem Physikum werden vom 7. Semester an als Feldunterärzte eingestellt, auch können sie in etatmäßigen Assistentenstellen Verwendung finden. Sanitätsärzte aber werden sie erst nach bestandenem Examen.

(1,43(1916)81)

Im gleichen Jahr wurde die Kriegsordnung für Mediziner herausgegeben, deren Bestimmungen folgendermaßen lauteten:

- 1) Die Immatrikulation in Abwesenheit für Kriegsteilnehmer im Felde bzw. in Kriegsgefangenschaft ist bei nachgewiesener Schulbildung zulässig.
- 2) Bei Anrechnung des Kriegsdienstes auf die medizinische Ausbildung ist eine medizinische Betätigung nicht zu fordern. Sechs Monate Kriegsdienst können als ein Semester Studium angerechnet werden.
- 3) Bei Anrechnung auf das praktische Jahr ist eine medizinische Betätigung zu fordern.
- 4) Ein Nachweis der Beschäftigung, vorzugsweise mit inneren Krankheiten, wird nicht verlangt.
- 5) Ältere Studierende sollen gleichmäßig mit inneren Krankheiten und den Sondergebieten beschäftigt werden, um sich weiterzubilden.

Erst 1918 fand wieder ein Ärztetag statt, und zwar ein außerordentlicher, der sogenannte "Kriegs"-Ärztetag. Hier wurden Forderungen für den Übergang in den Frieden an die Zivil- und Militärbehörden gerichtet. So sollte die Hälfte aller Assistentenstellen für Kriegsteilnehmer offen gehalten werden. Für die wissenschaftliche und praktische Aus- und Fortbildung der Feldärzte sollten geeignete und genügend kostenlose Ausbildungsmöglich-

keiten geschaffen werden.

Nach dem Krieg auf dem 41. Deutschen Ärztetag 1919 in Eisenach ging ein Beschluß an das Reichsinnenministerium mit der Bitte, die Neuordnung des medizinischen Studiums sofort in Angriff zu nehmen. Es wurden mehrere Leitsätze vorgetragen, die die Einrichtung des praktischen Jahres nur für erwägbar hielten, wenn es zur Vollendung der ärztlichen Erziehungsaufgabe durch vollkommen selbstständige, auf eigene Verantwortung gestellte Heil Tätigkeit benutzt werde.

Obwohl 1920 kein Ärztetag stattfand, wurden auch jetzt Reformen vorgeschlagen. So auf dem 4. Medizinischen Fakultätentag in Halle. Diese Reformen sahen unter anderem eine Semesterzahlerhöhung auf Kosten des praktischen Jahres vor. Dafür wurde mehr praktische Ausbildung im klinischen Unterricht gefordert.

Im Jahre 1921 fand der 42. Deutsche Ärztetag statt. Dieser hielt eine Semesterzahl von elf für notwendig unter Beibehaltung des praktischen Jahres. Dieses wiederum sollte aufgeteilt werden, wobei der inneren Medizin sechs Monate, der Chirurgie und Gynäkologie je drei Monate zugerechnet werden sollten. Bei diesem Entwurf waren von den sechs Monaten der inneren Medizin ein Monat für Kinderheilkunde, von den drei Monaten der Chirurgie ein Monat für die Haut- und Geschlechtskrankheiten vorgesehen.

Die letzten beiden Ärztetage vor der Machtergreifung der Nationalsozialisten in den Jahren 1930 und 1931 verabschiedeten nochmals Leitsätze. Hierbei waren für die praktische Ausbildung drei Stufen vorgesehen:

ein Krankenpflegekurs im vorklinischen Studium,
eine Pflichtfamulatur von zweimal sechs Wochen und
eine Medizinalpraktikantenzeit.

Zum letztgenannten Punkt hieß es:

die Praktikantenzeit soll erst nach völligem Abschluß der ärztlichen Hauptprüfung beginnen. Während der Praktikantenzeit sind, wenn diese auf ein Jahr beschränkt bleibt,

acht Monate der Ausbildung den klinischen Hauptfächern zu widmen. Vier Monate können dem Wunsch des Praktikanten entsprechend an Kliniken oder theoretisch- medizinischen Instituten verbracht werden. Pflichtgemäß wird die Teilnahme an Kursen über "Soziale Medizin und "Berufskunde" gefordert. Zur Abhaltung dieser Kurse sollen die medizinischen Akademien, die kommunalen und staatlichen Gesundheitsämter und Berufsorganisationen der Ärzte verpflichtet werden.

Wenn die Praktikantenzeit auf zwei Jahre festgesetzt wird, sollen sechs Monate für die Ausbildung in innerer Medizin, je vier Monate für Chirurgie und Frauenheilkunde angesetzt werden, die übrige Zeit steht, entsprechend dem oben Angeführten, zur freiwilligen Ausbildung des Praktikanten zur Verfügung.

(2,57 (1930) 184f)

7. Veränderungen während der Zeit des NS.- Regimes

Einen völligen Umschwung gab es zur Zeit des NS.- Regimes. So wurde am 1.4. 1940 das Medizinalassistentenjahr abgeschafft. Die Bestallung wurde nach der Beendigung der ärztlichen Prüfung erteilt. Der junge Arzt wurde aber verpflichtet, ein Jahr lang als Assistenzarzt (Pflichtassistent) am Krankenhaus oder in einer Entbindungsanstalt zu arbeiten und sich außerdem drei Monate in der Landpraxis als Assistent oder Vertreter von Kassenärzten zu betätigen, bevor er eine eigene Praxis eröffnete. Als Ersatz für die Medizinalassistentenzeit wurde eine Famulatur von zweimal je drei Monaten gefordert. Neu eingeführt wurde ein halbjähriger Krankenpflegedienst vor dem Studium und ein sechswöchiger während des Studiums. Beabsichtigt war hierbei, die Ausrichtung des Studiums mehr auf die Praxis zu beziehen.

(16, (1974) 3)

8. Die Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg

1946 schlossen sich als erste die Ärztekammern der Britischen Zone zum nordwestdeutschen Ärztekammerausschuß

zusammen. Der Sitz war in Hamburg. Im gleiche Jahr nahm der nordwestdeutsche Ärztekammerausschuß Kontakt mit den Ärztekammern der französischen und amerikanischen Zone auf. So kam es am 2. und 3. November 1946 zum Treffen der Vertreter aller drei Zonen in Bad Nauheim. Versuche der Einbeziehung der damaligen sowjetischen Besatzungszone waren gescheitert.

Im Juni 1947 trafen sich dann Vertreter aller westdeutschen Landesärztekammern und der damals als Folge der Jungarznöte bestehenden Jungarztverbände, später Marburger Bund genannt. Sie gründeten den Beratungsausschuß der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern. Im Herbst 1947 kam es zur Konstituierung der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern.

1948 fand dann in Stuttgart, also siebzehn Jahre nach dem letzten freigewählten Ärztetag 1931 in Köln, in Fortsetzung der Tradition der 51. Deutsche Ärztetag statt. Es war gleichzeitig die erste große öffentliche Veranstaltung und auch Hauptversammlung der ein Jahr zuvor neu gebildeten Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern. Gleichzeitig begann der Wiederaufbau der Bundesärztekammer, so genannt durch Beschluß des 58. Deutschen Ärztetages 1955, entstanden aus der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern. Die Geschäftsführung übernahm Josef S T O C K H A U S E N.

Neben der Bildung von Ausschüssen und Ständigen Konferenzen über Fragen der ärztlichen Ausbildung, der ärztlichen Fortbildung und anderer Gebiete, schuf sich die Bundesärztekammer in der Folgezeit so wichtige Einrichtungen wie den "Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung" 1953, sowie ihrer besonderen Bedeutung halber als "Akademie" bezeichnete Ausschüsse für Fragen der Praktischen Ärzte und Fachärzte.

1950, auf dem 53. Deutschen Ärztetag, referierte Berthold R O D E W A L D (1891-1966) von der Ärztekammer Schleswig - Holstein über Reformen der ärztlichen Ausbildung. Er sagte unter anderem:

"Wenn man die Ausbildung des Arztes so reformieren will, daß das Ziel erreicht wird, einen Arzt heranzubilden, der den Pflichten seines Berufes in jeder Lage gewachsen ist, so wird man zwischen Theorie und Praxis bei der Ausbildung eine Synthese finden bzw. zu der bisherigen Ausbildung eine Ergänzung hinzufügen müssen."
(3, 35 (1950) 403)

Er sprach sich weiterhin für ein sogenanntes Approbations-examen aus, denn dieses würde im Gegensatz zum Staatsexamen mehr praktisches Wissen verlangen.

Auch Herbert S I E G M U N D (1892-1954) sprach sich für eine Heranführung der Studenten an das Krankenbett aus und für eine Verbreiterung der praktischen Ausbildung während des Studiums und vor Erteilung der Approbation.

1951 nahmen die Medizinischen Fakultäten auf dem 54. Deutschen Ärztetag Stellung zum Einbau der praktischen Tätigkeit bzw. Ausbildung in das Studium. Sie reichten folgende Beschlüsse an das Bundesinnenministerium ein:

Zwei Jahre praktische Tätigkeit nach dem Staatsexamen.

Sechs Monate davon sind auf der inneren Abteilung abzuleisten.

Ein Medizinalassistentenjahr während des Studiums wurde abgelehnt. Ebenso sprach man sich gegen ein Approbations-examen aus.

Das Problem der praktischen Tätigkeit nach dem Staatsexamen, d.h. der Medizinalassistentenzeit, trat zusehends immer mehr in den Vordergrund, waren bis dahin doch noch keine festen Richtlinien herausgegeben worden. So richtete 1954 der Marburger Bund und die Fachgruppe Medizin im Verband der Deutschen Studentenschaften an die Ärztekammer die Bitte, bei der Bestimmung der für die Beschäftigung von Medizinalassistenten zugelassenen Krankenanstalten sowie bei der Festlegung der Zahl der Medizinalassistentenstellen mitzuwirken und bei den Regierungsstellen ihren Einfluß dahingehend geltend zu machen, daß erstens nur solche Krankenanstalten zur Ausbildung von Medizinal-

assistenten zugelassen würden, bei denen die Gewähr bestehe, daß eine wirklich praktische Ausbildung unter verantwortlicher Leitung planmäßig tätiger Ärzte gewährleistet wäre.

Wegen des gleichen Problems der Ausbildung von Medizinalassistenten kam es zu Besprechungen zwischen Vertretern des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte, der Fakultäten, des Bundesinnenministeriums und der Bundesärztekammer.

Für die Ausbildung der Medizinalassistenten in den Grunddisziplinen (Chirurgie, Gynäkologie, innere Medizin und Pädiatrie) wurde die Aufstellung eines präzisen Katalogs von Tätigkeiten, in denen der Medizinalassistent obligatorisch auszubilden sei, vorgeschlagen. Die Bundesärztekammer wies auf die Notwendigkeit hin, in die praktische ärztliche Ausbildung während der Medizinalassistentenzeit eine mehrmonatige obligatorische Tätigkeit in besonders dazu ermächtigten Praxen zum Kennenlernen der Gegebenheiten bei der Berufsausübung als frei praktizierender Arzt einzubauen. Die Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums sagte eine Prüfung und Besprechung dieser Anregung mit den leitenden Medizinalbeamten der Länder zu.

Noch 1956 beschloß die Bundesärztekammer die Bildung einer "Ständigen Konferenz" für Fragen der ärztlichen Ausbildung, nachdem sich 1955 ein Ausschuß gebildet hatte, der sich mit den Themen Reform des Medizinstudiums und der Regulierung des Zugangs zum Medizinstudium befaßte. Anlaß war die Aufforderung des Weltärztebundes, Vorschläge zur ärztlichen Aus- und Fortbildung auszuarbeiten. Die Ergebnisse sollten auf der zweiten Weltkonferenz über Fragen der ärztlichen Aus- und Fortbildung 1959 in Chicago ausgewertet werden.

Die "Ständige Konferenz" tagte erstmals 1957. Ein Jahr später wurde der Ausschuß "Ärztliche Ausbildung" beauftragt, einen Reformentwurf zu erstellen, der die Ausbildung

des Medizinstudenten auch durch einen praktizierenden Allgemeinarzt vorsah.

Große Aktualität gewann das Problem der ärztlichen Ausbildung auf dem 62. Deutschen Ärztetag in Lübeck 1959, hatte doch eine USA-Kommission drei Jahre zuvor einen Bericht veröffentlicht, der recht deutlich die Frage aufwarf, ob deutsche Universitäten als Ausbildungsstätte für amerikanische Studenten überhaupt noch anerkannt werden können.

Hans S E W E R I N G sagte in einem Referat, daß das Problem der Ausbildung ein Problem aller Länder sei. Er räumte ein, daß die Angloamerikaner bereits schon mehr praktische Erfahrungen hätten als wir in Deutschland. Er sah die Ausbildung an den deutschen Universitäten zu sehr im Theoretischen verhaftet, sie vermittelt viel zu viel Wissen, aber nicht annähernd das notwendige praktische Können. Der Student war sich im weitesten Sinne selbst überlassen. Es fehlte ihm der persönliche ständige Kontakt mit dem Lehrer, die Betreuung und die ständige Leistungskontrolle.

Weitere Vorschläge zur Reform wurden vom Ausschuß der Bundesärztekammer "Ärztliche Ausbildung" mit den vom Ärztetag beschlossenen Änderungen vorgelegt. Dieser sah die Aufgabe der Reform darin, ein gesundes Verhältnis zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung zu schaffen. Aus dieser Erkenntnis heraus hatte die Bundesärztekammer im Bewußtsein der Dringlichkeit dieser Fragen im Anschluß an die erste Weltkonferenz für ärztliche Ausbildung 1953 in London ein besonderes Gremium gebildet, das Vorschläge für die Neugestaltung des Medizinstudiums auszuarbeiten hatte. So wurde wiederum das stärkere Heranführen des Studiums an die praktische Tätigkeit gefordert. Das klinische Studium sollte um ein Semester, bei gleichzeitiger Verkürzung der Medizinalassistentenzeit auf zwölf Monate, verlängert werden. Es wurde die Einführung des praktischen Unterrichts am Krankenbett in kleineren Gruppen mit höchstens fünf Teilnehmern empfohlen. Die Medizinalassistentenzeit sollte

der Ergänzung der praktischen Ausbildung zum Arzt dienen. Sie sollte nur unter Leitung besonders qualifizierter Ärzte und im Regelfall an ausgewählten Krankenhäusern abgeleistet werden können. Weiterhin wurde eine dreimonatige Famulatur im klinischen Studium und ein ganztägiger Krankenpflegerkurs von acht Wochen an geeigneten Krankenhäusern gefordert.

Erstmals wurde auch in diesem Rahmen einer Studienreform die Verkürzung des Gesamtstudiums auf sechs Jahre gefordert. An dessen Ende sollte dann nach bestandem Staatsexamen die Bestallung als Arzt stehen. Dies bedeutete gleichzeitig die Abschaffung der Medizinalassistentenzeit überhaupt. Diese Forderung spiegelte sich auch in den Leitsätzen des 71. Ärztetages 1968 in Wiesbaden wieder. Gleichzeitig beschäftigte sich dieser Ärztetag mit der momentanen Situation der Medizinalassistenten. In einer EntschlieÙung wurden mehr Planstellen gefordert, weiterhin protestierte er gegen die Ausbildung von Medizinalassistenten ohne entsprechendes Entgelt. Er unterstützte damit Protestaktionen der Medizinalassistenten gegen diese Mißstände.

Auch S T O C K H A U S E N wies 1969 auf die seit Jahren überfällige Anpassung der ärztlichen Ausbildungsvorschriften an die Entwicklung der Medizin hin (Approbationsordnung). Er erklärte, daß seit 1958 der Deutsche Ärztetag und die Bundesärztekammer gründliche Reformen der ärztlichen Ausbildung gefordert hätten, daß aber die Voraussetzung dabei sei, die Approbationsordnung entsprechend zu ändern. Insbesondere soll die ärztliche Ausbildung im Interesse des ärztlichen Nachwuchses nachhaltig durch den Fortfall der Medizinalassistentenzeit gekürzt, trotzdem aber intensiviert und praxisnäher gestaltet werden.

Das Jahr 1970 brachte nun die neue Approbationsordnung, auf die die Ärztetage und die Bundesärztekammer viele

Jahre lang hingearbeitet hatten. Zuvor kam es zur Diskussion zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und der Bundesärztekammer. Das Ministerium wurde gebeten, die Neufassung der ärztlichen Approbationsordnung sobald wie möglich vorzulegen und ein modernes, in seinem Zeitablauf gestrafftes und gleichzeitig praxisnah gestaltetes Medizinstudium einzuführen.

Der 73. Deutsche Ärztetag in Stuttgart forderte in einer EntschlieÙung alle zuständigen Ministerien, Behörden, Hochschulen und Krankenhäuser auf, rasch folgende Voraussetzungen zu schaffen, ohne die die neue Approbationsordnung nicht angewendet werden könnte:

- 1) Einrichtung einer ständigen Kommission für medizinische Ausbildung, um zu sichern, daß sich die ärztliche Ausbildung am medizinischen Fortschritt orientiert und die fortlaufend anfallenden Erfahrungen des Ausbildungseffektes berücksichtigt werden. Stellung und Aufgabenbereich der Kommission sind im Text der Approbationsordnung zu verankern. Zu den Einzelheiten siehe Anlage.
- 2) Schaffung notwendiger Einrichtungen und personeller Voraussetzungen an den Lehrkrankenhäusern sowie deren Kontrolle. Insbesondere ist der Bettenschlüssel für die Sicherung der ärztlichen Versorgung an Lehrkrankenhäusern den sachlichen Bedürfnissen sowie den Forderungen des Deutschen Wissenschaftsrates entsprechend zu gestalten und der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft anzupassen (für allgemeine Stationen zur Zeit auf 15 Betten mindestens einen Arzt).
- 3) Sofortige Verabschiedung einer Ausbildungsordnung für das Internatsjahr gemäß den Vorschlägen des Marburger Bundes, welche auch die materielle Sicherstellung der Kandidaten im Internatsjahr regeln muß, um das Ausbildungsziel nicht zu gefährden.

Anlage

Um zu sichern, daß sich die ärztliche Ausbildung am medizinischen Fortschritt orientiert und die fortlaufend

anfallenden Erfahrungen des Ausbildungseffektes berücksichtigt werden, wird im Sinne einer flexiblen Gestaltung der Approbationsordnung beim Gesundheitsministerium die Einrichtung einer ständigen Kommission für medizinische Ausbildung empfohlen. Stellung und Aufgabenbereich der Kommission sind im Text der Approbationsordnung zu verankern.

Diese ständige Kommission hat in einem Rhythmus von zwei Jahren in einem zu veröffentlichenden Bericht Vorschläge zur Anpassung der Approbationsordnung zu unterbreiten, vor allem in Hinblick auf die Ausbildungszeiten und den Anteil der einzelnen Fachrichtungen in der Gesamtstundenzahl der Pflichtkurse und den Stoff der schriftlichen Prüfungen. Der Bericht muß eine vergleichende Untersuchung über die Studienerfolge an den einzelnen Hochschulen enthalten.

Die ständige Kommission für ärztliche Ausbildung sollte sich paritätisch zusammensetzen aus Vertretern der Länder- und Bundesbehörden, der ärztlichen Standesorganisationen, der Professoren, Dozenten und Assistenten sowie der Studenten.
(4, 67 (1970) 1996)

Eine entscheidende Zurückweisung durch den Ärztetag fanden im weiteren Zusammenhang die vor einiger Zeit an die Öffentlichkeit gelangten Vorstellungen, den angeblichen Mangel auf dem Lande durch eine "Teilapprobation" zu beseitigen, indem die Approbation zunächst nur für eine Tätigkeit auf dem Lande erteilt würde.

Weiterhin wurde ein "Ständiger Ausschuß" der EWG-Ärzteschaften gefordert, wobei die Auffassung der Ärzteschaft aller sechs EWG-Länder zur Frage des Gesundheitswesens, die sich bei der Durchführung des EWG-Vertrages ergeben, in dem "Ständigen Ausschuß" der Ärzteschaft der EWG-Länder koordiniert werden sollte.

(1957 in den "Römischen Verträgen" festgelegt)

Die neue Approbationsordnung, die vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit ausgearbeitet wurde, sah zunächst die Verkürzung der Medizinalassistentenzeit auf ein Jahr vor, ab Wintersemester 1975/76 sollte dann der völlige Wegfall der Medizinalassistentenzeit erfolgen und ab 1976 die Einführung eines Internatsjahres. In dem einen Medizinalassistentenjahr werden je vier Monate innere Medizin und Chirurgie zur Pflicht gemacht, über vier Monate kann frei entschieden werden. Die Mindestdauer des Studiums wurde somit von acht auf sechs Jahre reduziert. Gleichzeitig wurde die Ausbildung der Entwicklung der modernen Medizin angepaßt, intensiviert und praxisnäher gestaltet. Die praktische Ausbildung wurde in das Universitätsstudium in Form eines Internatsjahres am Schluß des Studiums integriert, somit wurde die Medizinalassistentenzeit stufenweise bis 1976 abgebaut. Das Schwergewicht der ärztlichen Ausbildung wurde auf kleine Gruppen gelegt.

Josef S T O C K H A U S E N betonte auf dem 75. Deutschen Ärztetag in seinem Tätigkeitsbericht, daß durch das ständige Bemühen der Ärztlichen Landesorganisation 1970 die neue Approbationsordnung für Ärzte verabschiedet werden konnte. Er führte weiterhin aus:

"Unter anderem wurde die Medizinalassistentenzeit dadurch sofort auf ein Jahr verkürzt. Als Folge dieser Änderung wurden im Laufe des Jahres 1971 gleichzeitig zwei Jahrgänge von Nachwuchsärzten vollapprobiert. Aber erst mit dem Wintersemester 1975/76 wird bedauerlicherweise das Zwitterstadium "Medizinalassistent" in der ärztlichen Ausbildung endgültig fortfallen. Damit wird dann - den Vorstellungen auch der Ärztlichen Landesorganisation folgend - eine von 1953 bis 1970 geltende Regelung definitiv beendet, auf Grund der die jungen Mediziner nach bestandenen Staatsexamen zwei Jahre tätig werden mußten, ohne noch Student, aber auch ohne bereits approbierter Arzt zu sein. Die Einführung des die Medizinalassistentenzeit bis 1975 stufenweise ablösenden sogenannten Internatsjahres mit zunächst achtmonatiger Dauer beginnt im Frühjahr 1976. Das Internatsjahr soll dann bis 1978 voll eingeführt sein."

(4, 69 (1972) 1525) Sondernummer

Und S T O C K H A U S E N an anderer Stelle:

"Die Bundesärztekammer berücksichtigt damit, daß sich allein in den letzten vier Jahrzehnten der rechtliche Status der nach beendetem Medizinstudium durch das ärztliche Staatsexamen geprüften Medizinalpersonen dreimal in außerordentlich unterschiedlicher Weise änderte:

Bis 1939 wurde die ärztliche Approbation nach einjähriger "Medizinalpraktikantenzeit" (MP-Zeit) und vorher bestandenen ärztlichen Staatsexamen erteilt. Von 1939 bis 1953 wurde die ärztliche Approbation unmittelbar nach bestandenen Staatsexamen voll erteilt, jedoch mit der Einschränkung, sich in eigener Praxis erst nach einem viertel Jahren "Pflichtassistentenzeit" niederlassen zu dürfen. Seit 1953 bzw. mit einer sich in den Auswirkungen 1958-1960 hinziehenden Übergangszeit wird die ärztliche Approbation erst erteilt, wenn (bis 1970) nach bestandenen Staatsexamen zwei - seit 1971 ein - sogenannte "Medizinalassistentenjahre" (MA-Zeit) nachgewiesen wurden."

(4, 69 (1972) 1525)Sondernummer

Er führte weiterhin aus:

"Nach bevorstehender Einführung auch der Abschnitte I - IV der neuen Approbationsordnung am 1. Oktober 1972 (ärztliche Ausbildung, Allgemeine Prüfungsbestimmungen, Ärztliche Vorprüfung, Ärztliche Prüfung) wird vom Frühjahr 1976 an die ärztliche Approbation nach einem sechsjährigen vorklinischen und klinischen Ausbildungsgang erteilt werden, dessen letztes Jahr als sogenanntes "Internatsjahr" in "Lehrkrankenhäusern" zu absolvieren sein wird. Diese Regelungen wurden nach langjährigen Bemühungen aller Beteiligten, den seit 1959 vertretenden Intentionen der Bundesärztekammer um eine Reform des Medizinstudiums entsprechend, 1970 verabschiedet.

Mit Einführung der neuen ärztlichen Approbationsordnung werden wesentliche Forderungen verwirklicht, die Bundesärztekammer und Deutsche Ärzttage immer wieder aufgestellt haben. Letztlich geht die damit abgeschlossene Reform der rechtlichen Grundlage der ärztlichen Ausbildung zurück auf die Vorstellung und Vorschläge, die nach mehrjährigen Vorarbeiten vorgelegt wurden vom Deutschen Ärzttag 1959 in Lübeck. Die neue Ausbildungsordnung strebt an, bei einer im Interesse des Nachwuchses insgesamt verkürzten Ausbildungszeit diese wissenschaftlich möglichst breit zu fundieren, gleichzeitig zu intensivieren und praxisnah zu gestalten. Sie soll nach den Vorstellungen und den Wünschen der Bundesärztekammer, so der immer schneller werdenden Entwick-

lung in der Medizin Rechnung tragend, dem ärztlichen Nachwuchs bei verkürzter Ausbildungszeit noch bessere theoretische und praktische Berufsgrundlagen vermitteln."

(4, 69 (1972) 1526) Sondernummer

In seinen weiteren Ausführungen nahm S T O C K H A U S E N zum Thema "Lehrkrankenhäuser" Stellung, in denen, so S T O C K H A U S E N :

"das sechste Ausbildungsjahr, das Theorie und Praxis zusammenfassende sogenannte "klinische Jahr" nach der neuen ärztlichen Ausbildungsordnung absolviert werden soll. Hierfür wurden vom Westdeutschen Medizinischen Fakultätentag, mit dem die Bundesärztekammer auch in diesen Fragen in ständiger Fühlung steht, Empfehlungen erarbeitet. Diese Empfehlungen beruhen im Prinzip auf einer ganz bestimmten Unterteilung des Unterrichtsprogramms in den Hauptabschnitten Innere Medizin und Chirurgie. Sie beinhalten bestimmte Mindestforderungen für Auswahl und Ausstattung der akademischen Lehrkrankenhäuser, um den in der ärztlichen Approbationsordnung niedergelegten Ansprüchen zu entsprechen. In einer Reihe von Ländern haben sich dankenswerterweise auch die Landesärztekammern in die Bemühungen um die Bereitstellung geeigneter "Lehrkrankenhäuser" für das "klinische Jahr" eingeschaltet."

(4, 69 (1972) 1526) Sondernummer

IV. Vereinfachung und Verkürzung des Studiums und die Aufnahme neuer Fächer in den Studiengang

Ein weiteres Thema, das die Ärztetage beschäftigte, war das Problem der Prüfungsordnung und damit im Zusammenhang deren Vereinfachung und Abkürzung, andererseits die Aufnahme neuer Fächer in den Ausbildungsgang und in die Prüfungsordnung.

Es stand schon vor der Jahrhundertwende die Reformbedürftigkeit wie der des Ausbildungsganges der jungen Ärzte außer Zweifel, einmal bei den Prüfungskommissionen wie auch in den ärztlichen Kreisen. So wurde 1890 auf dem 18. Deutschen Ärztetag vermerkt, daß die Prüfung einerseits dem damaligen Stande der Wissenschaft und dem Bedürfnis der ärztlichen Praxis nicht mehr entsprach, daß sie ander-

seits ungeachtet der unerläßlichen Steigerungen der Examinanden wie der Examinatoren gelegenen Vereinfachung und Abkürzung erfahren sollte. Man sprach sich unter anderem auch dafür aus, das Fach Psychiatrie neu aufzunehmen. Zur Begründung wurde angeführt, daß nicht allein der Amtsarzt, sondern auch jeder Praktische Arzt oft in die Lage komme, über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein geistiger Störungen sein Urteil abzugeben. Der Praktische Arzt habe die wichtige Aufgabe, die Anfänge einer geistigen Störung rechtzeitig zu erkennen. So wurden in bezug auf die Prüfungsordnung folgende Beschlüsse gefaßt:

Die Fächer Anatomie und Physiologie sollten in der ärztlichen Vorprüfung abgehandelt werden.

Das Fach Psychiatrie sollte ein eigener Prüfungsabschnitt sein, während die Impftechnik als Prüfungsabschnitt wegfiel.

Weiterhin sollte die Hals-Nasen-Ohren Fachkunde in den Prüfungsabschnitt aufgenommen werden.

Die Prüfungskommission sollte nicht ausschließlich aus Lehrern der Kandidaten bestehen.

Die Ergebnisse der Prüfung seien alljährlich amtlich zu veröffentlichen.

Die ganze Prüfung durfte nicht länger als zwei Jahre dauern.

1896 sahen Vorschläge die Zweiteilung der Prüfung vor. Die Absicht hierbei war es, die Hinschleppung des Examens zu vermeiden. So sollte der erste Teil, bestehend aus Anatomie, Physiologie, Pathologie, Pädiatrie, HNO, Dermatologie, Augenheilkunde, Gynäkologie und Geisteskrankheiten nach dem zehnten Semester abgelegt werden. Dem ersten Teil der Prüfung folgte dann das sogenannte "annuum practicum". Danach anschließend folgte erst der zweite Teil der Prüfung, bestehend aus Pharmakologie, Chirurgie, Hygiene und Interner Medizin.

Neu hinzu kam die Frage der Einführung des Faches "Soziale Medizin" in den Aus- und Fortbildungsgang der

Studierenden. Dies wurde 1908 im Auftrag des Geschäftsausschusses des Deutschen Vereinsbundes in einer Denkschrift gefordert. Der Deutsche Vereinsbund entstand 1872 gewissermaßen im Schatten der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Sein Ziel war es, die Förderung der wissenschaftlichen und Standesinteressen der Ärzte und die fakultative Teilnahme an der öffentlichen Gesundheitspflege zu fördern.

So wurde die Einrichtung von entsprechenden Lehrstühlen für diese Wissenschaft gefordert. Zum Staatsexamen sollte der Nachweis erbracht werden, daß zwei Semester Sozialmedizin gehört wurden. Es muß hierbei betont werden, daß die schon erwähnten Akademien dieses Fachgebiet schon in ihrem Programm berücksichtigt hatten.

Man verstand unter dem Begriff "Sozialmedizin" unter anderem das Krankenkassenwesen, die Standes- und Gebührenordnung, die Unfall-, Alters- und Invalidenversicherung. So wurde vom Seminar für Sozialmedizin der Berliner Ortsgruppe des Verbandes der Ärzte Deutschlands ein Arbeitsplan für das Wintersemester 1908/09 fertiggestellt und den medizinischen Praktikanten empfohlen. (Erlaß des Preußischen Kultusministeriums vom 19.9.1908 Berlin - Brandenburg)

(1, 35 (1908) 737)

Im gleichen Jahr äußerte sich Carl L O E B K E R (1854-1912) aus Bochum über die Schulgesundheitspflege und über das Schularztsystem. Dabei forderte er bei der zweckmäßigen Durchführung der Unterweisung und Erziehung der Schuljugend die Mitwirkung der Ärzte in der Schulbehörde. So wurden zum Beispiel in Jena Ferienkurse über Schulhygiene abgehalten.

Ebenso neu hinzu kam die Forderung nach Einführung der ärztlichen Rechts- und Standeskunde als Pflicht- und Prüfungsfach. Als Sprecher dieser Forderung trat Willy H E L L P A C H (1877-1966) im Jahre 1919 auf.

Er sagte unter anderem in einem Referat über "Standeskunde als Lehrfach im Medizinstudium":

"Es ist zu fordern, daß der standeskundliche Unterricht den klinischen Mediziner durch seine ganzen klinischen Studien begleite. Ich würde nicht davor zurückschrecken zu verlangen, daß jedes klinische Semester, um als gültig gerechnet zu werden, die Beteiligung an einer standeskundlichen Veranstaltung aufweisen muß. Mindestens müßte der Nachweis einer Hauptvorlesung und die Beteiligung an zwei Seminaren, einem für Anfänger und einem für Fortgeschrittenere erbracht werden; das zweite soll nur im letzten Jahre des klinischen Studiums belegt werden können.

Natürlich darf man den Begriff der Standeskunde dabei nicht kleinlich fassen. Es handelt sich nicht um die Bagatellen des gesellschaftlichen Taktes im Berufsleben, obwohl auch die besprochen werden müssen, sondern um das gesamte ständige Dasein des Arztes, die Bedeutung seines Berufes für die menschliche Gesamtheit, die soziale Wertigkeit seiner beruflichen Leistung, die Formen, in denen der Arzt diese berufliche Leistung heute sozial auswirkt, und die Triebkräfte, die zu ihnen geführt haben und in ihrer Weitergestaltung wirksam sind. Das bedeutet heute ein sehr umfangreiches Stoffgebiet. Es umfaßt die Haupttatsachen und -probleme der öffentlichen Medizin, des sozialen Versicherungswesens und der berufsständischen Organisation."

(1, 20 (1919) 380)

Wie schon erwähnt, ging vom 41. Deutschen Ärztetag 1919 ein Beschluß an das Reichsinnenministerium mit der Bitte, die Neuordnung des Medizinstudiums sofort in Angriff zu nehmen. Es wurden vom Ärztetag folgende Leitsätze vorge-
tragen:

Aufgabe des Medizinstudiums ist die Erziehung zu vollgültigem Können. Ausschließlich unter diesem Gesichtspunkt ist die Dauer des Studiums sowie Auswahl und Gliederung des Unterrichtsstoffes zu bestimmen.

Alle Einzelheiten der Studiengestaltung sind nur im Zusammenwirken von Vertretern aller beteiligten Gruppen, das sind Hochschullehrer, die Ärzteschaft, Studierende und Regierung, festzulegen.

Als empfehlenswert wurde die Einsetzung ständiger Unterrichtsausschüsse zum baldigen Austausch der laufenden Lehrerfahrungen angesehen. Die Ärzteschaft erwartete von den Universitäten die strengste Auslese der Taug-

lichsten im medizinischen Studium. Weiterhin wurde auf das entschiedenste die beschleunigte Einführung einer theoretischen und praktischen Unterweisung der Studierenden in die Kenntnisse der Beziehungen der Heilkunde und des Arztberufs zum öffentlichen Leben (Sozialmedizin und Standeskunde) gefordert.

Nachdem der vierte Medizinische Fakultätentag 1920 (in diesem Jahr fand kein Ärztetag statt) die Preisgabe des praktischen Jahres auf Kosten eines zwölfsemestrigen Studiums forderte, sprach sich ein Jahr später der 42. Ärztetag 1921 in Karlsruhe für ein elfsemestriges Studium aus. Ein praktisches Jahr wurde für notwendig befunden. Hierbei sollte der Inneren Medizin ein Monat Pädiatrie hinzugerechnet werden, der Chirurgie ein Monat Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Eine weitere Forderung war die Aufnahme von Sozialhygiene, Sozialmedizin, Versicherungsmedizin und Standeskunde in den Lehrplan. Die Fächer Psychologie und Geschichte der Medizin sollte im Laufe der klinischen Semester abgehandelt werden.

Über die Beschlüsse des Ärztetages fanden 1922 Verhandlungen im Reichsinnenministerium zu Berlin statt. Zusätzlich wurde gefordert, daß diejenigen, die das Reifezeugnis einer der drei höheren Schulgattungen erworben hatten (Gymnasium, Realgymnasium und Oberrealschule), zum Studium zugelassen würden.

Auf den beiden letzten Ärztetagen vor der Machtübernahme durch das NS-Regime klangen die Themen der ärztlichen Prüfungsordnung, vorgetragen in Form von Leitsätzen, und der Ausbildung der deutschen Ärzte nochmals an. So wurde die Einführung der Pflichtvorlesung über Strahlen- und Röntgenkunde für notwendig empfunden. Man sprach sich außerdem dafür aus, den Unterricht in Sozialhygiene und anderer zu fördernder Teilgebiete der Wissenschaft im Rahmen der bestehenden Lehr- und Prüfungsfächer erforderlichenfalls unter Fortfall weniger wich-

tigen Wissenstoffs zu fordern. Namentlich wurde Röntgenkunde als wichtigstes Gebiet genannt. Auch die Frage des "numerus clausus" wurde angeschnitten. Hier wurden sehr gegensätzliche Meinungen vertreten. Es wurde folgender Antrag von Friedrich L A N G B E I N (1870 - 1954) angenommen:
Allgemeine Erschwerung des Zugangs der Grundschüler zu höheren Schulen und Schüler der höheren Schule bzw. Lehranstalten zu Hochschulen.
(2, 57 (1930) 74).

In der nun folgenden NS-Epoche wurden auf Grund einer neuen Studienordnung neue Wege im Ausbildungsgang der Studierenden beschritten. Im vorklinischen Studium wurden Vorlesungen über Geschichte und Wesen der Heilkunst, über Rassenkunde und Bevölkerungspolitik, über Physiologie der Arbeit, des Sports und der Luftfahrt neu aufgenommen. Außerdem wurde eine praktische Tätigkeit in Fabrik- oder Landdienst verlangt. Das klinische Studium sah die Neueinführung folgender Pflichtfächer vor: Medizinische Strahlenkunde, naturgemäße Heilmethoden, Berufskrankheiten, Unfallheilkunde, Kinderfürsorge, Rassenhygiene, Mund- und Zahnkrankheiten, menschliche Erb- lehre, ärztliche Recht- und Standeskunde und Vorlesungen über Sozialversicherungen.

Das schon erwähnte Gremium, das im Namen der Bundes- ärztekammer nach der ersten Weltkonferenz in London 1953 gegründet wurde, erarbeitete 1959 dazu weitere Vorschläge. Sein Ziel war eine Neugestaltung des Medizinstudiums.

So wurden für das vorklinische Studium die Einführung eines "Ersten Hilfekurses" gefordert, weiterhin wurde die geordnete Aufeinanderfolge der naturwissenschaft- lichen Fächer als Grundlage des medizinisch-theoretischen Wissens durch das Vorphysikum gewährleistet. Die Stoff- fülle sollte reduziert werden. Sie hatte der fachlichen Allgemeinbildung des Arztes, insbesondere der Entwick- lung seiner kritischen Fähigkeiten zu dienen.

Das Ziel des klinischen Studiums sollte es sein, beim Studenten die Fähigkeit kritischer Verarbeitung ärztlicher und wissenschaftlicher Probleme zu wecken und zu fördern. Weiterhin sollte dem Studenten das für den Praktischen Arzt erforderliche Wissen und Können sowie die wesentlich dazu nötigen Fertigkeiten vermittelt werden. Wege dazu sah man in der vermehrten Heranführung der Studenten an die praktische Tätigkeit, weiterhin in der stärkeren Aktivierung der Mitarbeit der Studenten im Unterricht, denn der Studierende lernt erfahrungsgemäß beim rein passiven Zuhören nicht genug. Die letzten zwei Semester sollten reserviert werden für die Hauptfächer und deren Integration nach Abschluß aller anderen Fächer durch Prüfung nach dem zehnten Semester. (Augenheilkunde, Dermatologie, Oto - Rhino - Laryngologie, Neurologie, Orthopädie, Pharmakologie, Hygiene, Mikrobiologie und Gerichtsmedizin)

Für das Medizinstudium waren somit zwölf Semester vorgesehen. Davon entfielen fünf auf das vorklinische, sieben auf das klinische Studium.

Das Vorphysikum sollte aus einer obligatorischen schriftlichen Simultanprüfung bestehen, wobei die Aufgabenstellung durch ein Gremium erfolgte. Weiterhin war eine obligatorische mündliche Prüfung, wenn möglich, in Form von Kollegialprüfungen für alle Prüflinge, vorgesehen.

Das Physikum sollte aus einer obligatorischen schriftlichen Simultanprüfung aller Kandidaten des Examenterrmins und einer obligatorischen mündlichen Prüfung in der bisherigen Form bestehen, wobei die Kollegialprüfung als wünschenswert angesehen wurde. Zur ärztlichen Prüfung war der Ärztetag der Auffassung, daß der erste Teil während des klinischen Studiums durchgeführt werden sollte. So habe der Student die Möglichkeit, sich im letzten Semester auf die Hauptfächer zu konzentrieren. Neben der mündlichen Prüfung sollten auch schriftliche Prüfungen verlangt werden.

Der zweite Teil in den großen klinischen Fächern sollte auf jeden Fall schriftlich und mündlich durchgeführt werden.

Der 62. Deutsche Ärztetag 1959 in Lübeck bekundete nochmals die Notwendigkeit bzw. Dringlichkeit einer Reform der Ausbildung. Zur Erreichung eines zeitgemäßen medizinischen Ausbildungsstandes seien folgende Forderungen zu erfüllen:

- 1) Sicherstellung optimaler Ausbildungsbedingungen durch Regulierung des Medizinstudiums.
- 2) Neugestaltung des Ausbildungsganges im Sinne der dem 62. Deutschen Ärztetag unterbreiteten Vorschläge.
- 3) Anpassung des inneren Aufbaus der Ausbildungsstätten an die zeitgemäßen Erfordernisse für Forschung, Lehre und Ärztliche Betreuung.
- 4) Einbeziehung geeigneter Krankenhäuser und Ärzte in das Ausbildungsprogramm.
- 5) Planung einer Modell-Fakultät.
- 6) Änderung der Bestallungsordnung entsprechend den Grundsätzen dieses Reformplans.

In einer Ansprache auf dem 62. Deutschen Ärztetag sagte der damalige Bundesinnenminister Gerhard S C H R Ö D E R (geb. 1910) unter anderem:

"Über die Reform des Medizinstudiums ist auf den Ärztetagen schon mehrfach gesprochen worden. In den letzten Wochen haben nun die Ausschüsse der Bundesärztekammer und des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages ihre Arbeiten zu einem gewissen Abschluß gebracht. In vielen Fragen wurde eine weitgehende Übereinstimmung erzielt. Die medizinischen Fakultäten, die Ärzteschaft und die Studentenschaft sind sich darüber einig, daß eine Reform des Medizinstudiums notwendig ist. Diese Reform wird vor allem in einer Weiterentwicklung des von aller Welt anerkannten und hochgeschätzten deutschen Medizinstudiums bestehen. Sie wird eine Konzentrierung des notwendigen Wissensgutes anstreben und eine frühzeitige Erlernung und Vertiefung praktischen Wissens ermöglichen. Die Sachverständigen sehen nunmehr das Ziel. Damit tritt die Reform des Medizinstudiums aus dem Stadium theoretischer Überlegungen. Der Beitrag

meines Hauses wird in einer Neufassung der Bestallungsordnung für Ärzte bestehen. Ich möchte hier einem in der Öffentlichkeit weit verbreiteten Irrtum entgegentreten: Eine Bestallungsordnung kann nicht die Reform des Medizinstudiums einleiten, sie kann nicht am Anfang einer Reform stehen. Eine Bestallungsordnung steht am Ende eines neugestalteten Medizinstudiums; sie ist gleichsam der Schlußstein."

(3, 44 (1959) 973)

1963 stand das Thema der Reform des Medizinstudiums wieder zur Diskussion. Auch hier wurde wiederholt mehr praktische Ausbildung und Mitbeteiligung geeigneter Krankenanstalten gefordert. An der Teilung des Physikums in eine naturwissenschaftliche und ärztliche Vorprüfung wurde festgehalten. Die Fächer Zoologie und Botanik sollten in einer Vorlesung abgehandelt werden. Eine Vorlesung über Psychologie wurde empfohlen. Der Vorschlag, die Fächer Hygiene und Geschichte der Medizin in die Vorklinik zu legen, wurde abgelehnt.

1967 nahm Ernst F R O M M zu dem Themenkomplex Neugestaltung des Studiums Stellung. Er wandte sich gegen diejenigen Vorschläge des Wissenschaftsrates, die den bisher einheitlichen Studiengang für Medizin aufspalten wollten in einen Weg, der zum Arzt führte, einen weiteren, der zum theoretisch-wissenschaftlichen Mediziner und einen dritten, der zum theoretisch-medizinischen Naturwissenschaftler führen sollte. Er sprach sich für eine gemeinsame Grundausbildung aus, und zwar aller Mediziner bis zur Approbation.

Schon 1966 faßte der damalige Ärztetag den Beschluß, Pläne über die Aufteilung des Ausbildungsganges in zwei gesonderten Studiengängen in Form einer Trennung in Praxis und Theorie, d.h. eine Aufteilung für den Arzt und andererseits für eine theoretisch-wissenschaftliche Medizin, abzulehnen. Später kam es zwischen den Vertretern des Ärztetages von 1969 mit Vertretern der "Fachvertretung Medizin" der neugegründeten "Bundesassistentenkonferenz" zu einer Debatte über die medizinische Studienreform. So wurde die Anpassung der inneren Struktur der

medizinischen Fakultäten und Ausbildungsstätten an zeitgemäße Bedingungen für Krankenbetreuung, Lehre und Forschung gefordert.

An der Erfüllung dieser drei Hauptaufgaben sollte sich jede Reform der medizinischen Fakultäten orientieren. Die übersichtliche Gestaltung der Fachbereiche in Abteilungen würde eine bestmögliche Krankenversorgung in ständigem Kontakt mit den Patienten gewährleisten.

Kollegiale Zusammenarbeit gleichverantwortlich leitender Ärzte sollte das für die Versorgung der einzelnen Kranken, unbefriedigende System der vertikalen Weisungsgebundenheit ablösen. Darüberhinaus würde diese neue Struktur der Universitätskliniken und medizinischen Institute den Anforderungen der Studienreform, der Ausbildung zum Arzt und der Weiterbildung zum Facharzt gerecht werden.

1970 wurde dem Bundesgesundheitsministerium die Neufassung der Approbationsordnung vorgelegt. Hierbei wurde auch gefordert, die Zahl der Fachgebiete von sechzehn auf neunzehn zu erhöhen. Als neue Fachgebiete kamen hinzu:

- 1) Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 2) Pathologie
- 3) Pharmakologie

Hauptzweck dieser neuen Approbationsordnung war, die ärztliche Ausbildung in kleinen Gruppen durchzuführen und den Studiengang von überholtem Lehrstoff zu befreien. Die Prüfungszahl und -folge wurde geändert. Durch Einführung schriftlicher Prüfungen wurden objektivierbare Prüfungsmethoden eingeführt. Das Staatsexamen ist dem stärker gegliederten Studiengang entsprechend in drei zeitlich deutlich voneinander getrennte Prüfungsabschnitte aufgeteilt. Weitgehende Gleichartigkeit des zu prüfenden Stoffes ist bei diesem Prüfungsverfahren Voraussetzung für gleiche Chancen für alle Prüflinge. Die Grundlagen dazu wurden in einem Institut für medizinische Prüfungsfragen mit Sitz in Mainz geschaffen.

V. Das Problem des medizinischen Dokortitels

Neben den bisher erläuterten Themenkreisen, die die Ärztetage beschäftigten, soll nicht versäumt werden, auch das Problem des "Dr. med." zu erwähnen, wenn es auch nicht direkt im Studiengang des angehenden Mediziners verankert ist, und die Promotion nicht zur Pflicht gemacht werden kann. Andererseits ist es wohl das Bestreben sehr vieler Ärzte, diesen Titel führen zu dürfen, nicht nur als Krönung ihrer Ausbildung, sondern auch als Nachweis seiner wissenschaftlichen Tätigkeit neben dem eigentlichen Studium. Hinzu kommt, daß im Volksmund der Arzt noch immer der "Doktor" ist. Dieses Problem fand schon im vorigen Jahrhundert reges Interesse, wie die damaligen Ärztetage zeigten, welche sich gegen den sogenannten "Philadelphia-Doktor" aussprachen. So war bekannt geworden, daß sich zwei medizinische Lehrinstitute in Philadelphia mit dem Verkauf von Diplomen beschäftigten an Personen, die weder Medizin studiert hatten noch medizinische Kenntnisse besaßen. Für 100 Taler sollte dieses Diplom erhältlich gewesen sein.

Das Hauptaugenmerk jener Ärztetage richtete sich jedoch gegen die Tatsache, daß der "Dr. med." schon vor der Approbation geführt werden konnte. Hierzu sagte z.B. der Referent Julius WALLICH S (1829 - 1916) aus Altona 1890 auf dem damaligen Ärztetag, daß trotz wiederholter Proteste dieser Zustand andauere, wobei es sich eindeutig um Geldinteressen der Fakultäten handele. Auch von anderer Seite wurde dieses Thema aufgegriffen. So beschäftigte sich schon 1882 in Nürnberg die ärztliche Landesvertretung auf dem Ärztes- tag mit der Verleihung des medizinischen Doktor-Titels. Schon damals sei der Antrag angenommen worden, daß der medizinische Doktor-Titel erst nach der Approbation verliehen werden dürfe. Bis dahin hielten sich aber von den zwanzig Fakultäten nur drei daran, und zwar

Rostock, Leipzig und Gießen.

Die Frage wurde zu dieser Zeit sehr aktuell, da drei neue Umstände eingetreten waren.

- 1) Ein Ministerialerlaß vom 16.12.1885 besagte, daß Ärzte, die auf einer Nichtpreußischen Universität ohne besondere mündliche Prüfung, lediglich auf Grund der Vorlage einer gedruckten Dissertation zum Doktor der Medizin promoviert waren, zu einer Preußischen Physikatsprüfung nicht zugelassen werden können.

Dieses Reglement lautete folgendermaßen:

"Zur Physikatsprüfung werden nur Ärzte zugelassen, welche die medizinische Doktorwürde bei der medizinischen Fakultät einer deutschen Universität nach vier Jahren Studium auf Grund einer besonders von der ärztlichen getrennten mündlichen Prüfung und einer gedruckten Dissertation erworben haben."

- 2) Die Verleihung des Doktor-Titels von Seiten einer deutschen Universität an einen Kurpfuscher.
- 3) Die in Amerika eingeleitete Agitation zur Ausschließung des deutschen Doktors von der Zulassung zur ärztlichen Praxis.

Es wurde weiter darauf hingewiesen, daß, obwohl überall mit dem Begriff "Dr. med." ein vollständig ausgebildeter Arzt verbunden sei, der Doktor-Titel an den meisten Fakultäten schon an Studenten verliehen wurde.

Schon 1848 sei in der von Rudolf V I R C H O W und L E U B U S C H E R herausgegebenen "Medizinischen Reform" die Forderung aufgestellt worden, daß der medizinische Doktor-Grad erst nach bestandnem Staatsexamen verliehen werden sollte, damit nicht der Skandal vorkommen könne, daß ein "Dr.rite promotus" im Staatsexamen durchfalle. Vergebens habe die Universität Berlin bereits schon 1858 die Regelung des Promotionswesens in Deutschland nach einheitlichen Grundsätzen durchzusetzen versucht.

Im Jahre 1901 wurde in einer Sitzung des Geschäftsausschusses des Deutschen Ärztetages eine neue Promotionsordnung vorgeschlagen.

In ihr hieß es:

I. Der medizinische Doktorgrad darf nur verliehen werden auf Grund einer durch den Druck veröffentlichten Dissertation und einer mündlichen Prüfung.

II. Durch die Dissertation soll der Kandidat sich darüber ausweisen, daß er die Befähigung erlangt hat, selbstständig wissenschaftlich zu arbeiten. Die Dissertation ist in deutscher Sprache abzufassen; die Anwendung einer anderen Sprache ist mit Genehmigung der Fakultät zulässig. Am Schlusse ist der Lebenslauf des Kandidaten anzufügen.

Bei Vorlage der Dissertation hat der Kandidat anzugeben, ob und in welcher wissenschaftlicher oder Krankenanstalt er die Dissertation ausgearbeitet und inwieweit er sich bei Ausarbeitung derselben etwa noch sonst fremden Raths bedient hat. Dieser Angabe ist die eidesstattliche Versicherung hinzuzufügen, dass darüber hinaus keine weitere Beihilfe stattgefunden hat.

III. Die mündliche Prüfung besteht nach Verschiedenheit der Fälle entweder in einem einfachen Kolloquium oder in einem Examen rigorosum.
(1,27(1900)103f)

Grundsätzlich neue Gedanken wurden erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts geäußert. Hierbei wurde eine Dreiteilung des "Dr.med." vorgeschlagen. Diese Dreiteilung sah folgendermaßen aus:

1. "Dr. biol." (theoretisch und wissenschaftlich)
2. "Dr.sc.med." (Arzt) und den
3. "Dr. med." (ohne Dissertation)

Auf dem 70. Deutschen Ärztetag 1967 nahm F R O M M Stellung zu diesem Thema. Er lehnte jegliche Aufteilung grundsätzlich ab. Der Ärztetag betonte nochmals, daß der Dokortitel erst nach einer wissenschaftlichen

Arbeit und einer mündlichen Prüfung verliehen werden dürfe.

1971 beriet der Ausschuß über die Promotion zum "Dr. med." und ging dabei von der Beschlußfassung des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages aus, die folgenden Wortlaut hatte:

- 1) Der Westdeutsche Medizinische Fakultätentag hält an einer Einrichtung der Promotion zum "Dr. med." in Form eines Promotionsverfahrens fest.
- 2) Die Möglichkeit zur Durchführung wissenschaftlicher Arbeiten mit dem Ziel der Promotion soll während des Studiums der Medizin geboten werden.
- 3) Nach Abschluß des 3. Abschnitts der ärztlichen Prüfung kann sich der Kandidat entscheiden, ob er den Abschluß des Promotionsverfahrens beantragen oder seine wissenschaftlichen Arbeiten mit dem Ziele des Abschlusses des Promotionsverfahrens zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen des Status eines Graduierten oder wissenschaftlichen Mitarbeiters fortführen will.
- 4) Die Promotionsordnung muß beiden Möglichkeiten Rechnung tragen.
(4, 69(1972)1751)

VI. Fortbildungsprobleme

Das moderne ärztliche Fortbildungswesen in Deutschland konnte an Traditionen des 18. Jahrhunderts anknüpfen, die im Anfang des 19. Jahrhunderts durch örtliche Ärztevereine und durch die Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zeitgemäße neue Formen annahm oder hinzugewann.
(4, 69(1972) 2558)

Durch Gründung des Kaiserin-Friedrich-Hauses in Berlin, entstanden aus der "Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen", sowie durch die mit ihm in Verbindung stehenden Organisationen der ärztlichen Fortbildung wurden neue Impulse gegeben.
(1, 32(1905)578)

So ist es nicht verwunderlich, daß dieser Themenkreis schon auf dem 3. Deutschen Ärztetag 1875 in Eisenach seinen Niederschlag fand. Es wurde unter anderem der Antrag gestellt, im Interesse der Ärzte und des Publikums an deutschen Universitäten und größeren Krankenanstalten Fortbildungskurse für Ärzte im Bereich der Gesamtmedizin und über ihre Fortschritte einzuführen.

Diesem Ziel widmete sich auch die 1880 gegründete "Berliner Dozentenvereinigung":

Im Jahre 1901 wurde das Zentralkomitee für ärztliches Fortbildungswesen in Preußen gegründet.
(1,32(1905)172)

Dieses Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung war der erste Vorläufer des heutigen "Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung". Er war, wie Ernst V O N B E R G M A N N (1836-1907) in einem Referat betonte:

"kein künstliches, von seiten des Staates zur Durchführung irgendwelcher reaktionärer Pläne konstruiertes Gebilde, sondern eine Schöpfung von Kollegen für Kollegen, einzig dem Drange entsprungen, für eine zweckmässigere Ausgestaltung des Fortbildungswesens die Wege zu ebnen."
(1,32(1905)572)

1905 sprach V O N B E R G M A N N auf dem 33. Deutschen Ärztetag in Straßburg über das Thema "Wahrheit über das Fortbildungswesen in Preußen". Er widmete sich hierbei auch den finanziellen und zeitlichen Problemen einmal der Dozentenvereinigung, anderseits aber auch der Ärzte. Und an anderer Stelle:

"Endlich sei noch der bemerkenswerten Tatsache gedacht, dass die Dozentenkurse, soviel sie auch für die Wissenschaft leisteten, hinsichtlich der Fortbildung in der für den Arzt so wichtigen sozialen Medizin, in der Gesetzes- und Standeskunde fast völlig versagten. Gerade nach dieser Richtung trat das Bedürfnis nach anderweitiger Regelung ärztlicher Fortbildung mit fast elementarer Gewalt hervor."
(1,32,(1905)572)

Hierdurch sei dann der eigentliche Drang einer besseren Fortbildung geboren worden, der dann zur Bildung des Zentralkomitees für ärztliche Fortbildung geführt habe.

Und weiter V O N B E R G M A N N zur Fortbildung:

"Ich glaube von meinem Thema nicht abzuschweifen, wenn ich zunächst in kurzen Worten zu der Frage der Notwendigkeit ärztlicher Fortbildung überhaupt Stellung nehme. Man sollte meinen, dass die Notwendigkeit wissenschaftlicher Fortbildung weder bestritten, noch verheimlicht zu werden braucht. Denn wie sollte der Stand ohne rastlose Mitarbeit an der Wissenschaft auf der Höhe seines Könnens bleiben, wie sollte er seine Stellung als Wächter der öffentlichen Gesundheit, als Beschützer seiner Mitbürger gegen den Ansturm der Kurpfuscher wirksam verteidigen, wenn nicht gewappnet mit dem Rüstzeug moderner Kunst und Technik. In den Fragen ärztlicher Fortbildung gibt es auch kein Mehr oder Weniger, hier gibt es keine Rücksicht auf materielle Interessen. Ein Stand, der die Vervollkommnung seiner Glieder mit den besten Mitteln anstrebt, ehrt sich nicht nur selbst, er wird auch geehrt. Darum scheue man sich nicht, offen zu bekennen, dass stetige und ständige Fortbildung mit dem ärztlichen Berufe auf das engste verknüpft und durch das Universitätsstudium nicht überflüssig gemacht wird. Denn es hiesse das Wesen der Universitäten verkennen, wollte man von ihnen die fertige Ausbildung für das ärztliche Fach erwarten, mögen die Einrichtungen noch vollkommener sein, als sie es dank der Munifizenz von Staat und Reich schon jetzt sind. Universitäten können der Natur der Sache nach nur Stätten der Bildung, nicht der Ausbildung sein. Eine Ausbildung als Arzt gibt es nicht, ihr kommt aber der am nächsten, der ständig an seiner Fortbildung arbeitet. Da die Wissenschaft unaufhaltsam vorwärts schreitet, muss der Arzt, gleichviel ob er ein examen cum laude bestanden oder zu den Füßen berühmtester Meister gesessen hat, falls er Jünger seiner Wissenschaft bleiben will, ihr treue Gefolgschaft leisten in aeternum! Rast' ich, so rost' ich.

Die wissenschaftliche Fortbildung des Arztes ist auch durch die bei der praktischen Ausübung des Berufes gesammelten Erfahrungen nicht zu ersetzen. Gewiss sind diese nicht zu unterschätzen, aber erst in lebendigem Austausch mit den Früchten ernster wissenschaftlicher Arbeit können sie zur Quelle wirklicher Fortbildung werden."

(1,32(1905)570)

Die Aufgaben des Zentralkomitees wurden in einem Statut festgelegt, deren wichtigsten Bestimmungen folgendermaßen lauteten:

- §1. Das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen bezweckt, die wissenschaftliche Fortbildung der praktischen Aerzte durch Vorträge und namentlich durch Kurse zu fördern. Das Zentralkomitee hat seinen Sitz in Berlin.
- §2. Durch die Vorträge und Kurse soll den Aerzten fortgesetzt die Gelegenheit geboten werden, möglichst ohne Unterbrechung der Praxis ihre Kenntnisse nach dem jeweiligen Stande der Wissenschaft zu ergänzen.
- §3. Die Fortbildungskurse insbesondere verfolgen die Aufgabe, unter Zugrundelegung von klinischen oder sonstigen Demonstrationen eine Uebersicht über die für die Praxis wichtigen Disziplinen zu geben, und zwar in der Regel so, dass in jedem Kursus je eine Disziplin abgehandelt wird.
- §4. Die Dozenten erhalten in der Regel kein Honorar. Von den Teilnehmern sollen Beiträge nur soweit erhoben werden, als es zur Deckung der sachlichen Unkosten und sonstigen baren Auslagen erforderlich ist.
- §5. Dem Zentralkomitee liegt es ob, die Bildung von lokalen Vereinigungen zwecks Veranstaltung von Kursen und Vorträgen anzuregen; es sammelt und bearbeitet ferner das auf ärztliche Fortbildungswesen bezügliche Material und dient den lokalen Vereinigungen als Auskunftsstelle über alle hierbei in Betracht kommenden Fragen. Die in Berlin ansässigen Mitglieder des Zentralkomitees bilden zugleich die Berliner lokale Vereinigung. Die lokalen Vereinigungen werden ferner unterstützt in einzelnen Fällen durch Entsendung geeigneter Lehrkräfte und durch Verleihung von Lehrmitteln aus der "staatlichen Sammlung von Lehrmitteln."
- §6. Das Zentralkomitee besteht aus ordentlichen, ausserordentlichen bzw. korrespondierenden Mitgliedern und Ehrenmitgliedern.
(1,32(1905)172)

Schon 1931 war von der ärztlichen Standespflicht die Rede. So hieß es in der Berufsordnung, daß Fortbildung zu den vordringlichsten ärztlichen Berufspflichten zähle. Die Betonung lag hierbei auf "eigener Willensentscheidung" des einzelnen, wann, wo und wie er dieser Berufspflicht nachkommen wolle. Auch auf dem 50. Deutschen Ärztetag in Köln wurde die Notwendigkeit der Fortbildung der Ärzte während ihres ganzen praktischen Berufslebens hervorgehoben, indem die Fortbildung als moralische Pflicht bezeichnet wurde. Gleichzeitig wurden Bedenken gegen jeglichen Zwang zur Fortbildung, z.B. in Form von Pflichtfortbildungskursen, geäußert.

Dazu wurde folgende EntschlieÙung verkündet:

"Der Ärztetag fordert die deutschen Ärzte auf, für ihre Fortbildung Sorge zu tragen und die vorhandenen Fortbildungsmöglichkeiten nach Kräften auszunutzen. Er betrachtet es als eine Aufgabe der ärztlichen Spitzenorganisationen, der Ärztekammern, der Ärztevereine und der medizinischen Fakultäten, im Rahmen der ihm vorgelegten Leitsätze das ärztliche Fortbildungswesen zu fördern und auszubauen, und richtet die dringende Bitte an Reich, Länder und Gemeinden sowie an die anderen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege tätigen Organisationen, in weit größerem Umfange als bisher das ärztliche Fortbildungswesen zu unterstützen."

(4, 69 (1972) 2739)

In der Zeit von 1933 bis 1945 wurden in bezug auf die ärztliche Fortbildung völlig neue Akzente gesetzt. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang ein Referat von Louis R. G R O T E (1887 - 1960) aus Berlin. Sein Thema lautete:

"Die ärztliche Fortbildung in ihren Beziehungen zur Reichsärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands."

G R O T E sagte unter anderem:

"In früheren Zeiten kümmerte sich niemand darum, ob der Arzt sich wissenschaftlich fortbildete. Es gab leider genug Ärzte, die nach absolviertem Studium, bestandenen Prüfungen und damit erlang-

ter Approbation sowie bestenfalls nach einigen Assistentenjahren es genug sein ließen. Wenn ihnen nicht gerade Kunstfehler unterliefen, so konnten sie ihren Beruf bis an ihr Lebensende ausüben, ohne daß sie zur weiteren Fortbildung in ihrem Beruf gezwungen waren. Die ärztlichen Berufsverbände wiesen zwar auch schon damals immer wieder auf die Notwendigkeit ärztlicher Fortbildung hin, die Ärztetage stellten diese Forderungen auf, und die Ärztekammern früherer Zeiten richteten auch schon Fortbildungskurse ein und gewährten sogar für Teilnehmer geldliche Unterstützung. Aber ein Zwang zur Fortbildung bestand nicht. Gelegenheit zur Fortbildung war gegeben, und wer den Willen dazu hatte, dem standen reichlich Möglichkeiten dazu offen. Die ärztlichen Vereine der Großstädte, die großen Krankenhäuser und Kliniken, besonders aber die Universitäten hielten wissenschaftliche Vorträge und auch Fortbildungskurse ab, aber einen Zwang zur Fortbildung gab es nicht. Daher konnten auch bei dieser Art der Fortbildung weder systematisch vorgegangen werden, noch war es möglich, alle Ärzte und insbesondere diejenigen, die es am nötigsten hatten, zu erfassen. Aber selbst, wenn der Arzt damals den guten Willen hatte, so scheiterte dieser doch gerade bei dem Praktiker oft genug an der Frage der Vertretung und der Kosten. Besonders war dies für die Landärzte ein oft unüberwindliches Hindernis für das Verlangen, den Wunsch nach Fortbildung. Und gerade der Landarzt, der in schwierigen Fällen oft genug auf sich selbst angewiesen ist, empfand den Mangel der Möglichkeit geeigneter Fortbildung am bittersten. Im Dritten Reich wird jeder Arzt seinen Beruf nur so ausüben dürfen, wie es der nationalsozialistischen Weltanschauung und den Forderungen der ewig im Wandel begriffenen und fortentwickelnden ärztlichen Wissenschaft entspricht. Dies ist aber nur möglich, wenn der Arzt fest auf dem Boden des nationalsozialistischen Staates steht und sich wissenschaftlich auf der Höhe hält. Dieser Grundsatz ist in der Zulassungsordnung durch die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands als Voraussetzung für kassenärztliche Tätigkeit schon verwirklicht worden. Dieser Grundsatz erfordert aber auch weiterhin fortdauernde Schulung und Berufsfortbildung."

Im Gegensatz zu der Zeit vor 1933 wurde nunmehr diese Pflichtfortbildung eingeführt. Anfangs betraf sie nur die Praktischen Ärzte, später aber auch die Fachärzte. Die Regel sah vor, daß alle fünf Jahre ein dreiwöchiger Kurs besucht werden mußte. Folgte man nicht dieser Anordnung, machte man sich eines Berufsvergehens schuldig. Hierzu wieder G R O T E:

"Gegen den Arzt, der die ihm obliegenden Verpflichtungen nicht oder nicht in gehöriger Weise erfüllt, kann durch Verwarnung oder Geldstrafen bis zu 1000 RM oder durch Ausschluß von der ärztlichen Tätigkeit eingeschritten werden. Es können auch mehrere dieser Maßnahmen zusammen verhängt werden. Es unterliegt keinem Zweifel, daß hiernach auch solche Kassenärzte bestraft werden können, welche sich einer angeordneten Pflichtfortbildung nicht unterziehen. Diese gehört zu den dem deutschen Kassenarzt obliegenden Verpflichtungen. Verstößt er gegen diese Pflicht, so setzt er sich der Bestrafung aus. Die Ärzte, die zu einem Pflichtfortbildungskurs eingeteilt sind, sind zur Teilnahme verpflichtet. Selbstverständlich wird vor der angeordneten Teilnahme möglichst auf Wünsche der Ärzte betreffs Zeit, Vertretung usw. Rücksicht genommen werden. Immer wird dies aber auch nicht gehen; jedenfalls wird der Arzt, der zu einem Kurs eingeteilt ist, sich dem nicht entziehen können. Ein solches Verhalten würde als sehr schwerwiegende Verfehlung angesehen werden müssen, denn die Zahl der Teilnehmer an einem Pflichtfortbildungskurs ist beschränkt, und es bedarf erheblicher Vorbereitungen seitens zahlreicher Stellen, um diese Kurse zu gestalten. Insbesondere werden wir gegen solche Ärzte, bei denen wir Grund zur Annahme haben, daß sie aus Opposition sich zu entziehen suchen, unnachsichtlich und scharf vorgehen. Zu meiner großen Freude kann ich feststellen, daß mir bislang solche Fälle nicht bekannt geworden sind, und ich hoffe, daß auch in Zukunft ein Eingreifen durch die KVD hierbei nicht erforderlich sein wird."

Und an anderer Stelle G R O T E zum gleichen Thema:

" Als Aufgabe der Reichärztekammer ist ferner ausdrücklich die Pflicht hervorgehoben, für Schulung und Fortbildung der Ärzte zu sorgen und die hierfür erforderlichen Einrichtungen zu schaffen. Es ist weiterhin der Reichärztekammer hierbei das Recht gegeben, hierüber Anordnungen zu treffen, die für die Ärzte - mit Ausnahme der ärztlichen Beamten - bindend sind. Diese Berufspflicht des Arztes zur Fortbildung ist dann noch einmal besonders in der Berufsordnung hervorgehoben."

(2, 67 (1937) 28-31)

Auf einer Arbeitstagung der deutschen ärztlichen Fortbildung, die vom 19. bis 20. August 1937 in Berlin stattfand, gab P Ü T Z , Berlin, einen Überblick über die ärztliche Pflichtfortbildung.

Er betonte, daß der Gedanke der Einführung einer ärztlichen Pflichtfortbildung nicht neu sei und vielen Ärzten schon immer als Ideal vorgeschwebt habe, so hätte es auch hier erst der dem Dritten Reich eigenen straffen Führung bedurft, ihn in die Tat umzusetzen. Bei allen Maßnahmen, die in der Organisation der Pflichtfortbildung zu treffen seien, müsse man sich darüber klar sein, daß es sich um eine Dauereinrichtung handele, daß die zu treffenden Maßnahmen also so sein müßten, daß ein Arzt, nachdem er zu seinem ersten Fortbildungskursus mehr oder weniger widerwillig gegangen sei, an den weiteren Kursen freudig teilnähme.

Über das ärztliche Fortbildungswesen referierte auch B L O M E , der Beauftragte des Reichärzteführers für das Fortbildungswesen.

Er hob folgende Merkmale hervor:

1. Fortbildung ist Pflicht, darum werden sie auch Pflichtfortbildungen genannt.
2. Im Rahmen dieser Pflichtfortbildung wird der deutsche Arzt zunächst nicht seinem Spezialgebiet, sondern in der Allgemeinmedizin fortgebildet.
3. In die Pflichtfortbildung werde die Naturheilkunde eingebaut, aus der Erkenntnis einer notwendigen Synthese von Schulmedizin und Naturheilkunde heraus.

Er kündigte an, daß es in naher Zukunft vier Akademien für ärztliche Fortbildung geben würde, und zwar in Berlin, Dresden, Hamburg und München. Hierbei soll sich Dresden mit dem Problem der Naturheilkunde, Hamburg mit Tropenhygiene und Krankheiten beschäftigen.

Nach dem Untergang des NS-Regimes wurde die ärztliche Fortbildung im Sinne früherer Regelungen wieder empfohlen, wobei jetzt die Erfahrungen des In- und Auslandes berücksichtigt wurden.

1948 tagte erstmals wieder ein Ärztetag, und es begann der Wiederaufbau der Ärztekammern.

Neben der Bildung von Ausschüssen und Ständigen Konferenzen über Fragen der ärztlichen Ausbildung, der ärztlichen Fortbildung und anderer Gebiete schuf sich die Bundesärztekammer in der Folgezeit so wichtige Einrichtungen wie den "Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung". Nachdem nun nach alter Tradition wieder jährlich Ärztetage stattfanden, nahm auf diesen die Fortbildung breiten Raum ein.

Gegenüber der Zeit von 1933 bis 1945 gab es jetzt ja keine gesetzlich im einzelnen reglementierte Pflichtfortbildung mehr aufgrund der freiheitlich-demokratischen Staatsordnung. Darum sah man eine der wichtigsten Aufgaben darin, Fortbildungsveranstaltungen so informationsreich, interessant und damit anziehend wie nur möglich zu gestalten, um deren freiwilligen Besuch zu fördern.

Grundlage der Fortbildungsarbeit sind für die Ärztekammern die durch den deutschen Ärztetag verabschiedeten Richtlinien für die ärztliche Fortbildung. Die organisatorische Leitung dieser Fortbildungsarbeit und die freiwillige Koordination aller wichtigen Fortbildungsveranstaltungen lag bei dem vom Deutschen Ärztetag jeweils für vier Jahre zu wählenden "Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung", der auf Beschluß des 56. Deutschen Ärztetages 1953 in Lindau gegründet wurde und der seither die Bundesärztekammer in allen Fragen der ärztlichen Fortbildung, insbesondere in der Weiterentwicklung, berät.

Seit dieser Zeit gibt es internationale Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer und andere Veranstaltungen, die von vielen Ärzten zum Zwecke der Fortbildung genutzt werden können, angefangen von Fortbildungstagen bis hin zu den großen internationalen Veranstaltungen.

1952 wurde auf dem 55. Deutschen Ärztetag auf Antrag von Albert S C H R E T Z E N M A Y R (geb. 1906) folgende EntschlieÙung zur ärztlichen Fortbildung verfaÙt und einstimmig angenommen:

- "1. Die Ärztliche Fortbildung gehört zu den Berufspflichten jedes Arztes, die in erster Linie dem Kranken zugute kommen. Sie bedarf daher auch der tatkräftigen Förderung durch die Ärztekammer als den verantwortlichen Träger der organisatorischen Durchführung.

Was seit 1945 auf dem Gebiete der Fortbildung von allen Seiten Wertvolles geschehen ist, verdient den Dank der Ärzteschaft. Er gilt den Organisatoren, den Vortragenden und auch den Zuhörern, die aus Verantwortung oft unter wirtschaftlichen Opfern sich bemüht haben, ihre ärztlichen Kenntnisse zu vertiefen und zu vermehren.

Zur weiteren Durchführung der Fortbildung bedürfen die Ärztekammern der Förderung aller Kreise, die an der Sicherung und Hebung der Volksgesundheit und der Wiederherstellung der Kranken und Verletzten beteiligt sind. Der Ärztetag richtet daher an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen, die Berufsgenossenschaften, die Landesversicherungsanstalten, die Industrie und nicht zuletzt an den Staat die Bitte, für die ärztliche Fortbildung Mittel bereitzustellen in der Erkenntnis, daß der am besten ausgebildete Arzt dem Volke auch am besten dient.

Alle deutschen Ärzte werden aufgerufen, der eigenen Fortbildung die nötige Beachtung zu schenken und auch an größeren Fortbildungsveranstaltungen in regelmäßigen Abständen teilzunehmen.

2. Der Geschäftsführende Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern wird deshalb beauftragt, durch den Fortbildungsausschuß einen Entwurf einer Fortbildungsordnung aufstellen zu lassen und ihn dem nächsten Ärztetag zur Beratung und Abstimmung vorzulegen."

(3, 37 (1952) 376)

Ein Jahr später auf dem 56. Ärztetag 1953 sagte
S C H R E T Z E N M A Y R zum gleichen Thema, die Ausbildung an den Universitäten reiche bei ständig fortschreitenden Erkenntnissen nicht mehr aus. Es sei Pflicht des Arztes, sich fortzubilden. Denn der Patient habe das Recht darauf, daß ihm Hilfe nach bestem Wissen und Können gewährt wird. Die Ausbildung an der Hochschule muß die Grundlage für das Wissen um das Helfen sein, die Fortbildung muß es aber vertiefen und den neuesten Stand der medizinischen Wissenschaft anpassen.

So wurde folgender Antrag von den Professoren
S C H R E T Z E N M A Y R und Hans N E U F F E R
(1892-1968) für die Richtlinien der Ärztlichen
Fortbildung eingereicht:

In der Erkenntnis, daß bei der ständig fortschreiten-
den Entwicklung der Ärztlichen Wissenschaft die Aus-
bildung auf der Universität nicht genügt, ein für
das ganze Leben ausreichendes Berufswissen zu ver-
mitteln, ist es die Pflicht eines jeden Arztes, sich
fortzubilden. Um dem Arzt seine Erfüllung zu erleich-
tern, ist die ärztliche Fortbildung tatkräftig durch
die Ärztekammern zu fördern. Unter Hinweis auf die
gesetzlich festgelegte Aufgabe der Ärztekammern werden
"Richtlinien für die ärztliche Fortbildung" ausgestellt:

- I. Die Ausbildung zum Arzt und die ärztliche
Fortbildung müssen eine organische Einheit
sein. Während die Hochschule die Grundlagen
der Ausbildung zum Arzt vermittelt, ist es
Aufgabe der ärztlichen Fortbildung neben der
Auffrischung alter und der Vermittlung neuer
Kenntnisse besonders die Bedürfnisse der
Praxis in Vortrag, Diskussion, Schrifttum
und praktischen Übungen zu berücksichtigen.
Sie soll auch den in einem Fachgebiet tätigen
Ärzten dienen und die Verbindung zur Gesamt-
medizin erhalten.
- II. Träger der ärztlichen Fortbildung sind die
Ärztekammern. Zur Durchführung dieser Aufgaben
arbeiten sie mit den medizinischen Fakultäten,
den Krankenhausärzten, den Amtsärzten und den
Ärzten aus der Praxis zusammen.
- III. Die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärzte-
kammern bildet einen Hauptausschuß zur Förde-
rung der ärztlichen Fortbildung mit der Bezeich-
nung "Deutscher Senat für ärztliche Fortbildung".
(3, 38 (1953) 532)

Seit dem Jahre 1953 veranstaltete die Bundesärztekammer
unter Leitung des "Senats für ärztliche Fortbildung"
alljährlich eine Anzahl großer internationaler Fortbil-
dungskongresse. Die ständige Zunahme der Besucherzahlen
bis heute hinein verdeutlicht, daß der Kongreß als Fort-
bildungsmethode zu einer unentbehrlichen Einrichtung ge-
worden ist. Dies dürfte wohl auch als Beweis dafür ange-
sehen werden können, daß die Fortbildungsveranstaltungen
so

informationsreich und interessant und für den Besucher so anziehend sind, wie man es anfangs gefordert hatte. Neue Wege wurden hierbei beschritten. So wurde die große Vorlesung durch die Diskussion teils abgelöst, teils ergänzt. Gleichzeitig wurden verstärkt audiovisuelle Methoden als technische Hilfsmittel verwandt, wie Film, Dias, Eidophor-Fernsehen, Live-Fernsehsendungen und anderes mehr. Praxisbezogene Seminare ergänzten breitangelegte Podiumsdiskussionen; man dachte hierbei an besondere Einrichtungen von Fachseminaren in Form von Wochenend- und Mittagskursen. So wurde praktisch ein neuer Typ, der "Seminarkongreß" von der Bundesärztekammer bzw. ihrem "Senat für ärztliche Fortbildung" geschaffen.

Christoph W E I S S (geb. 1926) nahm in einem Referat zu den neuen audiovisuellen Fortbildungsmethoden Stellung. Er sagte unter anderem:

"Das stetig steigende Tempo, mit dem neue medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, fordert wirksamere Methoden der Informationsübermittlung, soll nicht ein gefährlicher Abstand entstehen zwischen dem, was heute diagnostisch und therapeutisch möglich ist, und dem, was der Masse der Patienten tatsächlich medizinisch zugute kommt. Aus meiner Erfahrung als Hochschullehrer weiß ich, wieviel wirksamer im Vergleich zum gedruckten oder gesprochenen Wort die audiovisuelle Informationsübermittlung ist."

Und an anderer Stelle:

"Das Wissen, das heute und vor allem in Zukunft von einem Arzt verlangt wird, macht Fortbildungsmethoden notwendig, die über das gedruckte Wort hinausgehen. Als eines der besten Medien zur Wissensvermittlung gilt die Audiovision, die Information durch Bild und Ton. Es ist wissenschaftlich erwiesen, daß audiovisuelle Programme schneller erfaßt und besser erinnert werden, daß gleichzeitiges Sehen und Hören zu einer intensiveren Aufnahme führt."
(27,2(1971)1)

Neue Wege sah man auch in den Gründungen von besonderen Akademien. Hier sollte Fortbildung in solchen Formen und über solche Bereiche vermittelt werden, die sich für her-

kömmliche Fortbildungsveranstaltungen nicht eigneten. Statt der theoretischen Fortbildung allein sollte der Diskussion, dem Erfahrungsaustausch und der Aussprache zwischen Teilnehmern und Dozenten mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Diese hier erwähnten Bemühungen um neue Wege der Fortbildung wurden von der Ärztekammer und dem Senat begrüßt.

Auf dem 75. Deutschen Ärztetag 1972 wurde eine Diskussion darüber entfacht, ob Ärzten, die an bestimmten Fortbildungstagen teilgenommen haben, ein Diplom zuerkannt werden solle, wie es in Hessen bereits der Fall war. Die Bundesärztekammer war bis dahin der Meinung, daß die Erfüllung einer so zentralen Berufspflicht wie die ärztliche Fortbildung nicht durch die Vergabe besonderer herauszustellender Diplome honoriert werden sollte. Außerdem würde dem in gewissem Umfang das für die Ärzteschaft traditionelle Werbeverbot der Berufsordnung entgegen stehen. Der "Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung" vertrat dazu die Meinung, daß die Fortbildung nur zum kleineren Teil auf Kongressen und Veranstaltungen betrieben, der größere Teil jedoch im persönlichen Meinungsaustausch mit Kollegen und weiterhin beim Studium von Büchern und Zeitschriften betrieben würde. Es wurde beschlossen, weiterhin zu prüfen, ob derartige Auszeichnungen wirklich zusätzliche Anreize zu regelmäßiger Fortbildung bieten oder ob die Bemühung, die Fortbildung selbst immer effektiver und attraktiver zu gestalten, ein ausreichender Anreiz für den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen darstellten.

VII. Der Praktische Arzt und die Schaffung des Arztes für Allgemeinmedizin

Eines der großen Probleme, die die Ärztetage bis heute beschäftigten, dürfte die Rolle des Praktischen Arztes sein, der im Zeichen der Spezialisierung in der Medizin Gefahr läuft, an Bedeutung gegenüber den Spezialisten zu verlieren. Die Statistiken der letzten Jahre zeigen eindeutig, daß der Drang zum Facharzt ständig zunimmt. Als Beispiel für die Bundesrepublik Deutschland sei folgende Statistik genannt:

Während 1953 das Verhältnis Praktischer Arzt - Facharzt 100:51 war, hat es sich bis 1971 auf 100:80 verändert. (4, 69 (1972) 1513) Sonderheft

Dies bedeutet somit eine Verschiebung dieses Verhältnisses sehr zu Ungunsten der Praktischen Ärzte. Es muß hierbei aber betont werden, daß das kein rein deutsches, sondern ein Problem der ganzen Welt ist. Es soll hierbei auf die in den USA. im Jahre 1948 gegründete Akademie für Allgemeinmedizin hingewiesen werden. Hier war es bald nach dem 2. Weltkrieg zu großer Unruhe unter den Praktischen Ärzten gekommen, denn es zeigte sich ein nach der Jahrhundertwende beginnender und in der Folgezeit stetig zunehmender Trend zum Spezialistentum. Damit war die Gefahr eines Niedergangs, ja Aussterbens des Praktischen Arztes verbunden. Gleichzeitig wurde darauf verwiesen, daß damit auch ein Absinken ihres Ansehens und auch ihres wissenschaftlichen Niveaus verbunden war. Mit Sorge wurde registriert, daß schon 1940 von zehn Studenten nur noch ein Medizinstudent den Willen hatte, Praktischer Arzt zu werden. Diese ernste Problematik veranlaßte dann auch die dortige Ärzteschaft, Akademien für Allgemeinmedizin zu gründen. Ähnlich war die Situation auch in vielen anderen Ländern, so auch in der Bundesrepublik Deutschland. Hier beschloß 1958 der 61. Ärztetag in Garmisch-Partenkirchen die Gründung einer Deutschen Akademie für Praktische Ärzte. Die Aufgabe der Akademie war es, die Situation und Entwicklungstendenzen im Berufsbereich der Praktischen Ärzte innerhalb der Gesamtärzteschaft laufend zu beobachten, kritisch zu werten und Vorschläge zu ihrer positiven Weiterentwicklung zu machen. Dabei wurde ständig auch die Situation der Allgemeinärzte in anderen europäischen Ländern, insbesondere im Bereich der EWG, beobachtet und vergleichend gewertet. Weiterhin legte sie dem Vorstand der Bundesärztekammer Vorschläge vor, wie die Weiterentwicklung zum Allgemeinarzt intensiviert werden kann. (4, 69 (1972) 1583, Sonderheft)

1962 legte die Akademie für Praktische Ärzte Vorschläge zum Ausbildungsmodus für Praktische Ärzte vor. Diese Vorschläge sahen einen Ausbildungsgang von 24 Monaten

für die innere Medizin vor, davon sollten aber 6 Monate auf einer Kinderabteilung abgeleistet werden. Für die Fächer Chirurgie und Gynäkologie waren 18 Monate vorgesehen. Weitere 15 Monate waren einer freien Betätigung überlassen, 3 Monate waren für die Ausbildung bei einem Praktischen Arzt vorgesehen.

Gegen diese Vorschläge wandte sich der Marburger Bund. Er vertrat die Ansicht, daß die ärztliche Ausbildung mit dem Medizinstudium und der Medizinalassistentenzeit abgeschlossen sei, so daß sich nachher jeder Arzt niederlassen und sich Praktischer Arzt nennen dürfe.

Zum gleichen Problem nahm auch der 65. Deutsche Ärztetag auf Norderney im Jahre 1962 Stellung.

Zum Punkt 3 der Tagesordnung: "Die Weiterbildung zum Praktischen Arzt" hieß es:

"Auf Antrag des Geschäftsführenden Vorstandes der Bundesärztekammer faßte der 65. Deutsche Ärztetag nach Annahme eines Änderungsantrages folgenden Beschluß:

Die vom Deutschen Ärztetag 1956 in Münster verabschiedete 'Berufsordnung für die deutschen Ärzte' ist wie folgt zu ändern bzw. zu ergänzen:

1. Im Anschluß an Abschnitt 'II. Facharztordnung' ist der folgende neue Abschnitt als § 34 einzufügen:

III. Weiterbildung zum Praktischen Arzt

§ 34

Die Berechtigung, die Bezeichnung Praktischer Arzt zu führen, setzt eine Weiterbildungszeit von mindestens drei Jahren nach dem Zeitpunkt voraus, zu welchem die erteilte Bestallung die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes gestattet.

Davon sollen mindestens abgeleistet werden:

- 12 Monate auf dem Gebiet der inneren Medizin,
- 12 Monate auf den Gebieten der Chirurgie oder der Frauenkrankheiten und Geburtshilfe,
- 3 Monate in einer ärztlichen Allgemeinpraxis,
- 9 Monate in freier Wahl unter den klinischen Fächern, der Pathologie und der prophylaktischen Medizin.

Die anschließenden Abschnitte und Paragraphen der Berufsordnung rücken in der Numerierung entsprechend auf.

2. In § 35 Absatz 2 der derzeitigen Fassung sind im ersten Satz hinter,... "die Bezeichnung als Arzt..." einzufügen die Worte,... Praktischer Arzt..."

(5 (1962) 110)

Mit der Einführung der neuen Approbationsordnung 1970 erhielt nunmehr der Praktische Arzt eine Aufwertung insofern, als jetzt der sogenannte "Arzt für Allgemeinmedizin" eingeführt wurde, für den ein ganz bestimmter Ausbildungsmodus vorgesehen wurde. Dieser bestimmte eine Ausbildungszeit von vier Jahren. Hiervon entfielen 18 Monate auf die innere Medizin,

12 Monate auf die Fächer Chirurgie oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

12 Monate auf die Kinderheilkunde und

6 Monate auf die Allgemeinmedizin.

Zu dem Problem der Allgemeinmedizin nahm auf dem 75. Deutschen Ärztetag 1972 Siegfried H Ä U S S L E R (geb. 1917) Stellung.

Er forderte unter anderem:

Die Approbationsordnung hat die Ausbildung zum Praktischen Arzt angemessen zu berücksichtigen.

Die Bedürfnisse des Praktischen Arztes in Lehre und Forschung sind stärker als bisher zu berücksichtigen. Für die Vorbereitung auf die Tätigkeit als Praktischer Arzt sollen besondere Planstellen in den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden.

Eine wirksame Unterstützung dieser Maßnahmen kann durch finanzielle Hilfen zur Erleichterung der Niederlassung als Praktischer Arzt erfolgen. Hierzu gehören u.a.

Darlehen, Umsatzgarantien für eine bestimmte Anlaufzeit, steuerliche Maßnahmen sowie Hilfen beim Wohnungs- und Praxisbau und vieles mehr.

Dabei muß an die voraussehbaren strukturellen Veränderungen in unserem Lande in sozialökonomischer und landesplanerischer Hinsicht gedacht werden.

Die Fortbildung der Praktischen Ärzte bedarf besonderer Förderungsmaßnahmen, wie z.B. der Verbesserung

der fachlichen Information , nicht zuletzt auch im Rahmen der häuslichen Fortbildung.

Der bestehende Mangel, besonders in ländlichen Gebieten, sollte ggf. auch durch moderne Praxisformen, wie z.B. der Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft und Apparatgemeinschaft begegnet werden. Diese Projekte bedürfen der finanziellen Förderung mit dem Ziel einer sinnvollen Schwerpunktbildung.

Als zukunftsorientierte Maßnahmen hielt er folgende Punkte für erforderlich:

Die Gleichstellung der Qualifikation des Allgemein- arztes mit der des Facharztes muß auch nach außen hin durch gleiche Bezeichnung erfolgen. Der Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte erscheint es nach wie vor sinnvoller, die Bezeichnung für alle Ärzte dadurch nach außen hin gleichzusetzen, daß sich alle "Arzt für..." nennen. Sollte dies aber nicht zu erreichen sein, müßte auch für den Allgemeinarzt die Bezeichnung "Facharzt" geschaffen werden.

Die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin muß organisatorisch und inhaltlich weiterentwickelt werden.

In den Krankenhäusern muß eine ausreichende Zahl von Assistentenstellen in Weiterbildungsstellen für künftige Allgemeinärzte umgewandelt werden.

Die koordinierende und beratende Tätigkeit der "Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte" bedarf einer Intensivierung und dazu auch einer besseren finanziellen Ausstattung.

Die Bundesärztekammer muß darauf hinwirken, daß Staat, Universität und freie Ärzteschaft sich schnell zu einer institutionalisierten Zusammenarbeit verbinden, um gemeinsam den erforderlichen Nachwuchs an gut auf ihre speziellen Aufgaben vorbereiteten jungen Allgemeinärzte sicherzustellen.

Zusammenfassend sagte H Ä U S S L E R:

"Lehre, Forschung und Berufsausübung in der Allgemeinmedizin können nicht voneinander getrennt werden. Manche Schwierigkeiten von heute, zum Beispiel der Mangel an Allgemeinärzten, sind Auswirkungen der nicht ausreichenden Ausbildung und Weiterbildung von gestern. Manche Schwierigkeiten in der Ausbildung von heute basieren auf dem Mangel an Forschung von gestern. Wer also für die Zukunft plant, muß heute durch Forschung und Lehre die Basis dafür schaffen, daß auch im nächsten Jahrzehnt eine optimale Versorgung der Bevölkerung durch Allgemeinärzte erfolgen kann.

In der Allgemeinmedizin vollzieht sich für diese Entwicklung seit geraumer Zeit eine intellektuelle Mobilmachung im wahrsten Sinne des Wortes. Ihr Selbstverständnis und ihre Standortbestimmung haben sich so grundlegend gewandelt wie ihr Bild vom Menschen, dem ihre Arbeit gilt. Äquivalent zum Denken und Verhalten vollzieht sich eine berufliche Mobilisation.

Es muß aber beim Allgemeinarzt ein neues Lebensgefühl hinzukommen. Er muß die Hoffnung haben, daß es für ihn und seine Berufsgruppe eine Zukunft gibt. Zum vorhandenen Willen, es besser zu machen, muß die Gewißheit hinzutreten, es besser machen zu können! Erst dann ist der geistige Entwurf der Mobilmachung der Allgemeinmedizin vollständig. Erst dann werden Patienten, die einen Praktischen Arzt brauchen, auch wieder einen finden, der ganz für sie da ist."

(4, 69 (1972) 1829f)

Im Zusammenhang mit dem Referat von H Ä U S S L E R wurde folgende EntschlieÙung vom Ärztetag verfaÙt:

"Die spezifischen Aufgaben der Ärzte für Allgemeinmedizin im Rahmen der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung können nicht durch andere Ärzte und Arztgruppen übernommen werden.

Es ist deshalb im Interesse der Patienten notwendig, die Tätigkeit dieser Ärzte zu fördern, um so mehr, als ihre Bedeutung in Prävention, kurativer Medizin und Rehabilitation noch zunehmen wird.

Der 75. Deutsche Ärztetag fordert deshalb die schnelle Verwirklichung folgender Maßnahmen:

Abbau des Numerus clausus mit gleichzeitiger Verbesserung der Zulassungskriterien;
Integration der Allgemeinmedizin in Lehre und Forschung durch Schaffung von Lehrstühlen und Institutionen, die grundsätzlich mit praktizierenden Allgemeinärzten besetzt bzw. von diesen geleitet werden sollen;
Weiterbildungsstellen für künftige Allgemeinärzte an den Krankenhäusern;
Finanzielle und steuerliche Erleichterungen der Niederlassung.

Der 75. Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, dafür Sorge zu tragen, daß die verantwortlichen Stellen des Staates und der Universitäten auf Bundes- und Länderebene gemeinsam mit der Ärzteschaft alles tun, um auch in Zukunft die ärztliche Versorgung der Bevölkerung durch Allgemeinärzte sicherzustellen."

In bezug auf die Arztbezeichnung wurde folgende Entscheidung gefaßt:

"Alle Ärzte mit einer durch die Berufsordnung geregelten vollen Weiterbildung sollen die gleichen Bezeichnungen 'Arzt für ...'

bzw. entsprechende Abkürzungen führen."

In der Ärztetagsdebatte wurde vielfach darauf hingewiesen, daß schon bei der Verabschiedung der Weiterbildungsordnung im Jahre 1968 von dem Vorsitzenden der Ständigen Konferenz "Ärztliche Weiterbildung", Hans-Joachim S E W E R I N G, der Versuch gemacht worden war, die Bezeichnung "Fach-" überhaupt aus der Weiterbildungsordnung zu eliminieren und allein noch die Bezeichnung "Arzt für ..." bzw. die Kurzbezeichnung zuzulassen. Diesen Anregungen war damals nicht gefolgt worden.

VIII. Facharztfragen

Ähnlichen Problemen wie denen der Praktischen Ärzte sahen sich auch die Fach- bzw. Spezialärzte gegenübergestellt. Demzufolge fanden ihre Probleme auch auf den Deutschen Ärztetagen ihren Niederschlag. Schon im Jahre 1920 schlossen sich die Fachärzte im Verband der Fachärzte Deutschlands zusammen, um ihre Interessen dort vertreten zu können.

Und 1923 wurden erstmals Leitsätze zur Anerkennung der Fachärzte und ihrer praktischen Tätigkeit aufgestellt. Sie beinhalteten unter anderem:

Es darf nur ein Facharztstitel geführt werden, auch wenn der betreffende Arzt zwei Facharztstitel besitzt. Für die Führung eines Facharzttitels waren folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

Eine spezielle Ausbildung in dem entsprechenden Sonderfach von mindestens drei bis vier Jahren sollte erfolgen. Die Anerkennung sollte durch einen Prüfungsausschuß ausgesprochen werden.

Der 43. Deutsche Ärztetag 1924 in Bremen sprach sich aber gegen eine Prüfung aus. Dagegen sollten folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

Ein Facharzt muß eine genügende Ausbildung in seinem Sonderfach haben nach erlangter Approbation und nach Ableistung des praktischen Jahres.

Vier Jahre wurden für die Fächer Chirurgie, innere Medizin und Frauenheilkunde gefordert, für die anderen Fächer forderte man drei Jahre.

Folgender Antrag von Alfons S T A U D E R (1878 - 1937) wurde angenommen:

Die Bezeichnung als Spezialarzt oder Arzt für ein spezielles Fach ist ohne Besitz der nötigen Vorbildung unstatthaft.

Auch der 44. Ärztetag 1925 nahm zu diesem Problem Stellung. Er legte den Entwurf einer Standesordnung vor, der unter anderem folgende Punkte vorsah:

Die Bezeichnung Facharzt bzw. Spezialarzt ist ohne Nachweis einer Vorbildung unstatthaft; eine fachärztliche Tätigkeit schließt grundsätzlich eine allgemeinärztliche Tätigkeit aus. Weiterhin wurde die Notwendigkeit einer kollegialen Zusammenarbeit von Fachärzten und Praktischen Ärzten betont.

Der 47. Deutsche Ärztetag 1928 diskutierte nochmals Facharztprobleme. In Leitsätzen wurde bestätigt, daß sich die Bremer Richtlinien über Facharztfragen bewährt hätten. Gleichzeitig wurde eine Abgrenzung zwischen der inneren Medizin und der Kinderheilkunde vorgenommen. Hierbei sollte die Ausbildung des Kinderfacharztes durch eine Ausbildung auf dem Gebiet der inneren Medizin ergänzt werden. Dies bedeutete für den Kinderfacharzt eine dreijährige Ausbildung in der Kinderheilkunde und eine einjährige Ausbildung auf dem Gebiet der inneren Medizin.

Ausgehend von der Gründung der "Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte" wurde durch den 70. Deutschen Ärztetag 1967 auf Vorschlag des Vorstandes der Bundesärztekammer die "Deutsche Akademie der Fachärzte" eingerichtet. Aufgabe dieser Akademie war es, alle Angelegenheiten der Fachärzte zu bearbeiten und den Vorstand der Bundesärztekammer darüber zu beraten. Ihre Aufgabe war es weiterhin, mit allen Institutionen und Einrichtungen der Bundesärztekammer zusammenzuarbeiten. Eine Neuregelung des Facharztwesens war für den 71. Deutschen Ärztetag 1968 in Wiesbaden vorgesehen. Hier legte Hans-Joachim S E W E R I N G einen Entwurf für eine Weiterbildungsordnung vor. In ihm hieß es unter anderem: Die Führung von mehreren Facharzt- bzw. Teilgebietsbezeichnungen und Verbindungen einer fachärztlichen mit einer allgemeinärztlichen Bezeichnung werden für unzulässig erklärt. Die 1963 erstmals eingeführten "Richtlinien über die Ermächtigung zur fachärztlichen Weiterbildung" mußten 1968, da eine neue Weiterbildungsordnung vom Deutschen Ärztetag beschlossen worden war,

überarbeitet und der Entwicklung angepaßt werden. Die Weiterbildungskonferenz schloß Ende 1971 diese Arbeiten ab. Die vorgelegten neuen "Richtlinien über die Ermächtigung zur Weiterbildung" wurden vom Vorstand der Bundesärztekammer nach mehrmaligen Beratungen gebilligt und den Landesärztekammern Anfang 1972 zur Einführung empfohlen. Die Weiterbildungsrichtlinien beinhalten im wesentlichen:

- 1) die personellen Voraussetzungen, die ein Arzt erfüllen muß, wenn ihm die Erlaubnis zur Durchführung fachärztlicher Weiterbildung erteilt werden soll,
- 2) die sachlichen Voraussetzungen, die eine Krankenhausabteilung erfüllen muß, deren Leiter die Ermächtigung zur Durchführung fachärztlicher Weiterbildung (ganz oder teilweise) beantragt,
- 3) eine insgesamt überarbeitete Liste der sogenannten "Bettenrichtzahlen", die zum einen zur vollen Durchführung der gesamten fachärztlichen Weiterbildung berechtigen, zum anderen bei der Genehmigung zur Durchführung eines Teiles der Gesamtweiterbildungszeit erforderlich sind.
- 4) Neu eingeführt wurden schließlich Bettenrichtzahlen für die Durchführung der Weiterbildung in den Teilgebieten Kinderchirurgie, Unfallchirurgie, Gastroenterologie, Kardiologie, Lungen- und Bronchialkunde sowie
- 5) Aussagen über die Voraussetzungen, unter denen ein in freier Praxis tätiger Arzt zur Durchführung eines Teiles der Gesamtweiterbildungszeit bis zu einem Jahr ermächtigt werden kann.
(4, 71 (1974) 1973) Sondernummer

1972 auf dem 75. Deutschen Ärztetag nahm F R O M M Stellung zum Problem des Facharztwesens. Er führte unter anderem aus:

"Wer die Facharztordnung der ersten Nachkriegsjahre mit den heute gültigen Facharztordnungen sowohl im Sachverhalt wie hinsichtlich ihrer formalen Gestaltung miteinander vergleicht, wird

nicht mehr sonderlich viel Ähnlichkeiten entdecken. Welche Fülle von Reformbemühungen, welche Fülle an ständigem Ringen um neue Formen hinter diesen Änderungen steckt, kann man wiederum am leichtesten aus unseren Tätigkeitsberichten wie aus den Programmen, Referaten, Entschlüssen und Leitsätzen von inzwischen 25 ordentlichen Deutschen Ärztetagen ansehen.

Der zweite Deutsche Ärztetag nach dem Kriege, der erste frei gewählte Deutsche Ärztetag im Jahre 1949 in Hannover, legte bereits den Entwurf einer neuen Facharztordnung vor. Der 53. Deutsche Ärztetag 1950 verabschiedete diesen Entwurf, und der 54. Deutsche Ärztetag 1951 schuf das neue Fachgebiet für Anästhesie und gab damit der modernen Anästhesie auch in unserem Lande die notwendige formale und materielle Entwicklungschance, obwohl es Anästhesisten damals in Deutschland kaum gab und wahrlich nicht wenige, vor allem Fachkreise, uns damals darauf hinwiesen, wir seien utopische Himmelstürmer. Daß uns die Entwicklung recht gegeben hat, zeigt der heute hohe Stand dieses Fachgebietes, auf den wir nicht nur stolz sein können, sondern der der Chirurgie und den operativen Fächern große neue Chancen und Möglichkeiten zum Segen unserer Patienten eröffnet hat.

Ähnlich war es mit der Laboratoriumsmedizin. 1957 fand eine jahrelange Entwicklung ihren Abschluß in der Festlegung moderner Weiterbildungsgänge für dieses immer wichtiger werdende Fach, dessen Tätigkeit uns gerade in den letzten Jahren in so hohem Maße in der Medizin beschäftigt. Der Vorwurf, wir Ärzte hätten uns diesem Sektor der Medizin, der modernen Diagnostik, nicht zugewandt, ist angesichts dieser Tatsache, die nur in wenigen Ländern Europas eine Parallele findet, geradezu absurd.

Die Ärzteschaften in allen EWG-Ländern beneiden uns um diese fortschrittliche Entwicklung auf der medizinisch-technischen Diagnostik in unserem Lande, die nicht nur sach- und fachkundigen Ärzten ein neues weiteres Arbeitsgebiet sicherte, sondern darüber hinaus aus diesem Zweig der Medizin heraus die ärztlichen Impulse gab, ohne die es keinen echten Fortschritt, trotz aller naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und Fähigkeiten, geben kann."

(4, 69 (1972) 1732)

Eine der wesentlichen Neuerungen dürfte auch die sogenannte "Arbeitsmedizin" sein. Die Bezeichnung "Arbeitsmedizin" wurde erstmals im Jahre 1929 in Lyon auf dem 8. Internationalen Kongreß für Unfallmedizin und Be-

rufskrankheiten eingeführt. Sie ist die Lehre von den Wechselbeziehungen zwischen Arbeit und Beruf einerseits, sowie dem Menschen, seiner Gesundheit und seinen Krankheiten andererseits. Die Definition der Arbeitsmedizin wurde zuerst von der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin im Jahre 1950 gefunden und später vom Gemeinsamen Ausschuß der Internationalen Arbeitsorganisation und der Weltgesundheitsorganisation im wesentlichen übernommen.

Die Definition hat folgenden Wortlaut:

"Ziel der Arbeitsmedizin ist es,
das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden der Arbeitnehmer in allen Berufen in größtmöglichem Ausmaß zu fördern und aufrechtzuerhalten;
zu verhindern, daß die Arbeitnehmer infolge ihrer Arbeitsbedingungen in irgend einer Weise an ihrer Gesundheit Schaden nehmen,
sie bei ihrer Arbeit gegen die Gefahren zu schützen, die sich durch das Vorhandensein gesundheitsschädlicher Stoffe ergeben können;
den einzelnen Arbeitnehmer einer Beschäftigung zuzuführen, die seiner psychologischen und physiologischen Eignung entspricht und ihm diese Beschäftigung zu erhalten;
kurz, die Arbeit an den Menschen und jeden Menschen an seine Arbeit anzupassen."

(4, 70 (1973)2756)Sondernummer

Aufgabe der Arbeitsmedizin ist es somit, das Verhältnis zwischen Mensch und Arbeit durch präventivmedizinische und sozial-hygienische Betreuung der Werktätigen zu harmonisieren. Sie stützt sich auf Spezialgebiete wie Arbeitspsychologie, Arbeitsphysiologie, Arbeitshygiene, Gewerbetoxikologie, Arbeitspathologie und die Klinik der Berufskrankheiten.

1965 wurde auf dem 68. Deutschen Ärztetag in Berlin die Zusatzbezeichnung "Arbeitsmedizin" eingeführt. Auf dem 74. Deutschen Ärztetag 1971 in Mainz wurde im Rahmen einer generellen Überprüfung der Zusatzbezeichnungen erneut darüber beraten. Die Bestimmungen blieben im Prinzip unverändert. Sie lauteten:

"Für das Führen der Zusatzbezeichnung "Arbeitsmedizin" sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

Die Teilnahme an einem dreimonatigen theoretischen Kurs über Arbeitsmedizin, der in höchstens drei Abschnitte geteilt werden darf.

12 Monate klinische oder poliklinische Tätigkeit auf dem Gebiet der inneren Medizin,

9 Monate praktische Tätigkeit bei einem von der Ärztekammer ermächtigten hauptberuflichen Werksarzt, einem Gewerbearzt, einem arbeitsmedizinischen Universitätsinstitut, im ärztlichen Dienst der Arbeitsverwaltung oder einer anderen von der Ärztekammer ermächtigten Einrichtung.

Das Führen der Zusatzbezeichnung ist dem Arzt nur am Ort seiner arbeitsmedizinischen Tätigkeit gestattet." (4, 70 (1973)2758) Sondernummer

Die neue Approbationsordnung, die 1970 vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit erlassen wurde, sah nun eine Integration der Arbeitsmedizin in den Ausbildungsgang der Medizinstudenten vor. Arbeitsmedizin war im Rahmen der ökologischen Fächer Lehr- und Prüfungsfach geworden. Weiterhin konnte die Famulatur zwischen der ärztlichen Vorprüfung und dem zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung auch bei einer werks- oder betriebsärztlichen Einrichtung abgeleistet werden.

In dem Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1973/74 auf dem 77. Deutschen Ärztetag 1974 wurde darauf verwiesen, daß es inzwischen 19 Ordinariate für Arbeits-

medizin an deutschen Universitäten gab. Darüber hinaus gibt es persönliche und außerordentliche Ordinariate sowie Extraordinariate oder selbstständige Abteilungen. Lehraufträge sind darüber hinaus an fünfzehn weiteren Universitäten und technischen Hochschulen erteilt. (4, 71 (1974) 1944) Sondernummer

IX. Zusammenfassung

Bevor das eigentliche Thema dieser Arbeit Erwähnung fand, wurde ein kurzer geschichtlicher Rückblick über die Zeit vor der Gründung der Deutschen Ärztetage gegeben. Durch die Revolution von 1848 war das Bestreben vieler Ärzte um eine "Medizinalreform" gescheitert. Es war hauptsächlich R I C H T E R S Verdienst, daß nicht alle Bemühungen um eine Medizinalreform der allgemeinen Resignation zum Opfer fielen. Durch die Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte wurden neue Impulse gesetzt mit dem Ziel, die Neubildung und Wiederbelebung ärztlicher Vereine anzuregen. Durch Gründung des Deutschen Reiches war nunmehr die Möglichkeit gegeben, dieses Einigungsbestreben in die Tat umzusetzen. Der sichtbarste Ausdruck dieses Einigungsbestrebens war die Tatsache, daß 1873 der erste Deutsche Ärztetag stattfinden konnte.

Im Rahmen der Ausbildung wurde dann auf die "Königsteiner Leitsätze" eingegangen, die 1950 als Antwort der in Königstein versammelten Vertreter der Ärztlichen Berufsvertretungen, der Fakultäten und der Studentenschaft Medizin auf die bis dahin überwiegend theoretisch orientierte Ausbildung der Studierenden zu werten sind.

Als wichtigste Punkte dieser Königsteiner Leitsätze galten die Aufteilung in ein fünfsemestriges vorklinisches Studium, in einen achtwöchigen Krankenpflegekurs und ein sechssemestriges klinisches Studium. Zusätzlich waren zwei Medizinalpraktikantenjahre vorgeschrieben.

Schon zuvor fand die praktische Ausbildung der Studierenden auf den Ärztetagen große Aufmerksamkeit, denn schon

im Jahre 1890 auf dem 18. Deutschen Ärztetag wurde die Einführung eines praktischen Jahres gefordert. In diesem Zusammenhang muß auch die Gründung von Akademien für praktische Medizin gesehen werden, denn 1901 wurde die damals geltende Prüfungsordnung dahingehend geändert, daß die Medizinstudenten nach vollständig bestandener ärztlicher Prüfung noch ein Jahr als Medizinalpraktikanten tätig sein mußten. Die Aufgaben der Akademien für praktische Medizin berücksichtigten die Punkte der praktischen Ausbildung. Trotz heftigen Widerstandes einzelner ärztlicher Organisationen konnten im Jahre 1904 in Köln und 1907 in Düsseldorf die ersten Akademien für praktische Medizin ihre Pforten öffnen.

Nachdem auf dem 62. Deutschen Ärztetag 1959 nochmals die Notwendigkeit eines gesunden Verhältnisses zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung angesprochen wurde, sprach sich der 71. Deutsche Ärztetag 1968 in Leitsätzen im Rahmen einer Studienverkürzung auf sechs Jahre für die Bestallung als Arzt direkt nach dem Staatsexamen aus. Das bedeutete zugleich die Abschaffung der bis dahin geltenden Medizinalassistentenjahre.

Die Approbationsordnung von 1970 setzte im Ausbildungsgang der Studierenden neue Akzente. Entscheidende Punkte waren die Abschaffung der Medizinalassistentenzeit während einer Übergangsphase bis 1976 mit anschließender Einführung eines Internatsjahres, das in sogenannten "Lehrkrankenhäusern" zu absolvieren war. Dies bedeutete zugleich, daß die praktische Ausbildung in das Universitätsstudium in Form eines Internatsjahres am Schluß des Studiums integriert wurde.

Im weiteren Verlauf fand das Problem der Fortbildung Erwähnung. Die "Verpflichtung zur Fortbildung" sah man immer als vornehmste Aufgabe des Arztes an. Die Freiwilligkeit zur Fortbildung wurde besonders hervorgehoben. Schon auf dem 3. Deutschen Ärztetag 1875 fand dieses Thema Erwähnung, wurde doch damals schon ein

Antrag eingereicht, entsprechende Fortbildungskurse abzuhalten. Diesen Problemen widmete sich auch die 1880 gegründete "Berliner Dozentenvereinigung". Anschließend wurde auf die Bildung des "Zentralkomitees für ärztliches Fortbildungswesen" im Jahre 1901 eingegangen, das der Vorläufer des heutigen "Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung" war. Die Gründung des Senats für ärztliche Fortbildung fand 1953 auf dem 56. Deutschen Ärztetag statt. Zuvor wurde auf die Tatsache verwiesen, daß während der NS - Zeit die Fortbildung in eine Pflichtfortbildung umfunktioniert wurde. Seit der Gründung des "Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung" fanden nun ständig Fortbildungsveranstaltungen statt; hierbei wurden fortschrittliche Methoden angeführt, wie Seminarkongresse, Eidophor-Fernsehen u.a. Neue Wege beschritt man mit den Gründungen von Akademien, wo Fortbildung in solchen Formen und über solche Bereiche vermittelt wurde, wie sie sich für die herkömmlichen Fortbildungsveranstaltungen nicht eigneten. Hier wurde der Diskussion, dem Erfahrungsaustausch und der Aussprache zwischen den Teilnehmern und den Dozenten die Aufmerksamkeit geschenkt.

Im darauffolgenden Kapitel der Arbeit wurde das Problem des Praktischen Arztes angesprochen. Der deutliche Trend der Studierenden zum "Spezialistentum" bedeutete zugleich einen bedrohlichen Rückgang der Praktischen Ärzte. Erste Konsequenzen aus dieser Situation zog 1958 der 61. Deutsche Ärztetag mit der Gründung einer Akademie für Praktische Ärzte, deren Aufgabe es war, die Situation und die Entwicklungstendenzen innerhalb des Gesamtärztestandes ständig zu beobachten und Vorschläge zu ihrer positiven Weiterentwicklung zu machen.

1962 legte die Akademie für Praktische Ärzte Vorschläge für einen bestimmten Ausbildungsmodus vor. Durch den 65. Deutschen Ärztetag des gleichen Jahres wurde

eine Weiterbildungszeit von drei Jahren beschlossen. Die neue Approbationsordnung von 1970 wertete nun den Praktischen Arzt insofern auf, als jetzt der sogenannte "Arzt für Allgemeinmedizin" eingeführt wurde. Für diesen war eine Ausbildungszeit von vier Jahren vorgesehen. In diesem Zusammenhang wurde auf die Forderung der Gleichstellung der Qualifikation des Arztes für Allgemeinmedizin mit dem Facharzt hingewiesen.

Der 75. Deutsche Ärztetag 1972 beschloß, daß alle Ärzte mit einer durch die Berufsordnung geregelten vollen Weiterbildung die gleichen Berufsbezeichnungen "Arzt für ..." erhalten sollten.

Im Anschluß an dieses Kapitel wurde auf die Facharztfragen eingegangen.

Auf dem 44. Deutschen Ärztetag 1925 legte man erstmals den Entwurf einer Standesordnung vor und verabschiedete entsprechende Leitsätze. Bestätigt wurden diese Leitsätze nochmals durch den 47. Deutschen Ärztetag 1928. Die wichtigsten Punkte waren einmal, daß der Facharztstitel ohne den Nachweis einer Vorbildung nicht geführt werden durfte und eine fachärztliche Tätigkeit eine allgemeinärztliche Tätigkeit ausschloß. Ähnlich den Gründungszielen der Akademie für Praktische Ärzte wurde nun durch den 70. Deutschen Ärztetag 1967 die "Deutsche Akademie für Fachärzte" gegründet.

Erwähnung fand im weiteren Verlauf die 1968 neu überarbeitete Weiterbildungsordnung, als deren wohl wichtigstes Endergebnis die Schaffung der Zusatzbezeichnung "Arbeitsmedizin" war. Die Approbationsordnung von 1970 sah die volle Integration der Arbeitsmedizin in den Ausbildungsgang des Medizinstudiums vor.

Blickt man auf die hundertjährige Geschichte der Deutschen Ärztetage zurück, so kann man auf den Gebieten der Ausbildung, der Fortbildung und der Weiterbildung

den ständigen Reformwillen und die Verwirklichung von Reformen durch die Ärzteschaft und deren Organisationen feststellen.

Hierbei war es das Ziel, den angehenden Arzt in möglichst kurzer Zeit ein optimales Wissen mitzugeben und durch ein breitgefächertes Angebot an Fortbildungsmöglichkeiten dieses auch später hin zu vervollkommen. Die Notwendigkeit zu ständiger ärztlicher Fortbildung ergibt sich nicht zuletzt aus der schnellen Entwicklung der Medizin gerade heute.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland
(1872 - 1929)
2. Deutsches Ärzteblatt (Berlin)
(1930 - 1945)
3. Ärztliche Mitteilungen (1948 - 1963)
4. Deutsches Ärzteblatt (Köln)
(1964 - 1974)
5. Wortbericht des 65. Deutschen Ärztetages,
Köln, (1962) 110
6. Ackerknecht, H.E. : Rudolf Virchow - Arzt, Politiker,
Anthropologe, Stuttgart(1957)
7. Bolling, Arnulf : Haben Sie noch Zeit für Fort-
bildung? Neu-Isenburg(1976) 27
8. Deneke, J.F.V. : Einhundert Jahre Deutsches Ärzte-
blatt, Dtsch. Ärztebl. (Köln),
69(1972) 3043
9. Engelmeier, K. : Geschichte der internationalen
Gesellschaft für Allgemeinmedizin,
Bern - Stuttgart (1968)
10. Fromm, E. : Gesundheitswesen und ärztliche
Berufsausübung - System, Leistung
und Entwicklung, Dtsch. Ärztebl.
(Köln), 69(1972) 1725ff
11. Goerke, H. : Zur Geschichte der deutschen
ärztlichen Standesvertretungen,
Mediz. Monatsspiegel, Merck
H.4 (1969) 94
12. Grab, A. : Aufbruch in der Allgemeinmedizin,
Stuttgart (1964)
13. Graf, E. : Das ärztliche Vereinswesen in
Deutschland und der Deutsche
Ärztevereinsbund, Leipzig(1848)

14. Heinze, O. : Der Deutsche Ärztevereinsbund und die ärztlichen Standesvertretungen in Deutschland von 1890 - 1912, Leipzig (1918-1919)
15. Hellpach, W. : Die Neugestaltung des medizinischen Unterrichts, München-Berlin (1919)
16. Kügele, U. : Der deutsche Arzt im Zweiten Weltkrieg - im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes, Med. Diss. Düsseldorf (1974) 3
17. Pfeifer, W. : Der Praktische Arzt zwischen gestern und morgen, München - Gräfelfing (1965)
18. Schadewaldt, H. : Von der Medizinischen Akademie zur Universität Düsseldorf 1923-1973, Berlin (1973) 37
19. Schadewaldt, H. : Universität Düsseldorf Berlin - Basel (1966) 64,66
20. Schipperges, H. : Leitbilder ärztlicher Ausbildung, Dtsch.med.J. 21 (1970) 1077f
21. Sewering, H.J. : Hochschulreform und medizinische Fakultäten, Dtsch. Ärztebl.(Köln) 69 (1972) 1751
22. Steinhoff, H. : Die Einwirkung der Deutschen Ärztetage seit ihrem Beginn 1873 auf die Entstehung, das Werden und Wachsen des ärztlichen Berufsrechts, insbesondere der ärztlichen Berufsordnungen, Med.Diss. Düsseldorf (1974)

23. Stockhausen, J. : Ärztliche Fortbildung - Verpflichtung in Freiheit,
Die ärztliche Fortbildung im
Jahre 1968, Köln (1971) 3
24. Stockhausen, J. : Gesundheits-, Sozial- und
ärztliche Berufspolitik,
Dtsch. Ärztebl.(Köln) 69 (1972)
1507ff
25. Stockhausen, J. : Hundert Jahre Deutscher Ärztetag
- Fünfundzwanzig Jahre Bundes-
ärztekammer, Dtsch. Ärztebl.
(Köln) 70 (1973) 2645, 2647
26. Trüb, P. : Die geschichtliche Entwicklung
des ärztlichen Standeswesens in
Deutschland, Mediz. Mschr. 15
(1961) 336
27. Weiss, Ch. : Filmkassetten für den Arzt
(1971) 1

Lebenslauf

Am 21. März 1936 wurde ich als Sohn des Chirurgen und Gynäkologen Dr.med. Hermann Ott und seiner Ehefrau Käte Ott, geb. Raabe, in Fürstenberg/Oder geboren. Dort besuchte ich die Volks- und Oberschule. 1954 ging ich nach West - Berlin, wo ich 1956 auf der Sophie - Scholl - Oberschule in Berlin-Schöneberg das Abitur ablegte.

1957 begann ich mit dem Medizinstudium an der Freien Universität Berlin und legte 1960 in Erlangen die ärztliche Vorprüfung ab. Nachdem ich aus finanziellen Gründen das Studium unterbrechen mußte, konnte ich erst 1966 das Staatsexamen in Köln ablegen.

Nach meiner Medizinalassistentenzeit in Erwitte, Essen, Siegburg und Mönchengladbach erhielt ich im Januar 1969 die Approbation.

Meine Facharztausbildung in der inneren Medizin absolvierte ich in Mönchengladbach und Düsseldorf, wo ich im Juli 1974 die Facharztanerkennung bekam.

Seit März 1975 bin ich in Neuss als Internist niedergelassen.

Herrn Prof. Dr. med. HANS SCHADEWALDT bin ich für die Überlassung des Themas, für ständigen Rat und bereitwillige Hilfe zu großen Dank verpflichtet.

Für ihre freundliche Unterstützung danke ich Frau Dr. Diederichs und Frau Erni Höidal.

Personalangaben verdanke ich unter anderem Frau Dr. Bach, Frau Nyassi, Herrn Körchner und Frau Gundel.

